



**CENTRO DE ESTUDIOS EN NUTRICIÓN
Y DESARROLLO INFANTIL**

CRIANZA

UN ESTUDIO DE LOS PATRONES DE CRIANZA EN HOGARES DEL PARTIDO DE LA PLATA

La obra cuenta con la revisión de dos referatos nacionales y con el aval institucional de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires, la que otorgó el financiamiento para la realización del estudio y para su publicación.

Ortale, Susana y Santos, Javier A.

Crianza, un estudio de los patrones de crianza en hogares del partido de La Plata / Susana Ortale y Javier A. Santos. Colaboración de Adriana Sanjurjo y Corina Aimetta - 1ª ed. Buenos Aires: Elaleph.com, 2014. 266 p.; 20,5 x 14,5 cm.

ISBN 978-987-1701-00-0

1. Ensayo. 2 Salud. I. Sanjurjo, Adriana y Aimetta, Corina, colabor.

II. Título

CDD 190

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la fotocopia y el tratamiento informático.

© 2014, Susana Ortale y Javier A. Santos

© 2014, Elaleph.com (de Elaleph.com S.R.L.)

© 2013, Imagen de tapa: Mural pintado por Alejandro “Mono” González/ Brigada RIOVA, junto a docentes, padres y alumnos de la Escuela Primaria N° 9 de Ensenada, Provincia de Buenos Aires), en noviembre de 2013.

© 2013, Adriana Sanjurjo y Corina Aimetta, Colaboradoras.

contacto@elaleph.com

<http://www.elaleph.com>

Para comunicarse con los autores: cerencic@yahoo.com.ar

Primera edición

ISBN 978-987-1701-00-0

Hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Impreso en el mes de mayo de 2014 en

Bibliográfica, de Voros S.A.

Bucarelli 1160. Buenos Aires, Argentina.

SUSANA ORTALE Y JAVIER A. SANTOS

CRIANZA

UN ESTUDIO DE LOS PATRONES DE CRIANZA
EN HOGARES DEL PARTIDO DE LA PLATA

CON LA COLABORACIÓN DE
ADRIANA SANJURJO Y CORINA AIMETTA

elaleph.com

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	13
PRÓLOGO	15
1. INTRODUCCIÓN	19
1.1. Presentación	19
1.2. Marco conceptual y normativo	24
2. APARTADO METODOLÓGICO	35
2.1. Decisiones de selección.....	37
2.2. Decisiones de recolección y análisis	38
2.3. Trabajo de campo	46
2.4. Índices	48
3. CARACTERIZACIÓN DE LOS HOGARES	55
3.1. Caracterización sociodemográfica	56
3.2. Características ocupacionales de los padres.....	59
3.3. Características de la vivienda	62
3.4. Comparación con la Encuesta Permanente de Hogares (EPH/INDEC).....	64
3.5. Anexo Apartado 3	67
4. CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO	69
4.1. Embarazo.....	77
4.2. Control posparto.....	89

4.3. Índice Salud Reproductiva	90
4.4. Síntesis de los resultados	92
4.5. Anexo Apartado 4.....	94
5. PATRONES ALIMENTARIOS EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA	97
5.1. Marco Normativo	98
5.2. Creencias sobre la alimentación del niño.....	105
5.2.1. Índice Creencias sobre alimentación infantil	124
5.2.2. Anexo Apartado	126
5.3. Prácticas de alimentación del niño	127
5.3.1. Lactancia Materna.....	127
5.3.2. Índice Patrones de Lactancia Materna.....	134
5.3.3. Alimentación complementaria.....	136
5.4. Hábitos de desayuno del niño de 25 a 72 meses.....	139
5.5. Síntesis de los resultados:.....	142
5.6. Anexo Apartado 5.3.....	146
6. PATRONES DE PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL	149
6.1. Creencias sobre desarrollo infantil	154
6.2. Prácticas de promoción del desarrollo infantil (niños de 12 a 24 meses)	166
6.3. Prácticas de promoción del desarrollo infantil (niños de 25 a 72 meses)	176
6.4. Índice integrado promoción del desarrollo infantil (12 a 24 meses)	200
6.5. Índice integrado sobre promoción del desarrollo infantil (25 a 72 meses)	201
6.6. Índice Integrado Recursos para el Desarrollo Infantil (25 a 72 meses).....	203
6.7. Síntesis de resultados	204
6.8. Anexo Apartado 6	208
7. PATRONES DE ALARMA EN LA CRIANZA FRENTE A PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN, DESARROLLO PSICOSOCIAL Y SALUD DEL NIÑO.....	213
7.1. Preocupaciones sobre la crianza, la salud, la alimentación y el desarrollo de los hijos.....	216

7.2. Índice integrado preocupaciones por problemas en la crianza (0 -24 meses).....	225
7.3. Control de salud bucodental.....	226
7.4. Accidentes.....	231
7.5. Síntesis de resultados.....	237
7.6. Anexo Apartado 7.....	239
8. CONCLUSIONES FINALES.....	241
9. BIBLIOGRAFÍA	251

AGRADECIMIENTOS

NUESTRO AGRADECIMIENTO A la Doctora María Adelaida Rodrigo por haber confiado en nosotros la tarea de continuar con un proyecto iniciado por ella, cuyos resultados plasmamos en este libro.

También a la Doctora María Clementina Vojkovic, quien acompañó las reflexiones y discusiones en los preámbulos del estudio y colaboró, en virtud de su amplia experiencia en el tema, en la capacitación a los encuestadores.

Al Doctor Juan Ignacio Piovani, profesor de la Cátedra de Metodología de la Investigación Social de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación por su valioso asesoramiento en distintas instancias del diseño del estudio y por el involucramiento de sus colaboradores y alumnos en el trabajo de campo.

A Sandra Di Luca, periodista y conductora del Programa “Somos Informe” del Canal 5, quien asumió generosamente la tarea de informar y sensibilizar a la comunidad platense

acerca de la realización del estudio. Su tarea, facilitó a los encuestadores la realización del trabajo de campo.

A Valeria Kustich por su responsabilidad, compromiso y valiosas observaciones y sugerencias en las instancias –arduas por cierto– de edición, codificación y procesamiento del material relevado.

A Laura Astigarraga, por la paciencia, concentración y eficiencia en la carga de datos.

A la Profesora Telma Piacente, por su lectura atenta y por los aportes que desde su vasta experiencia y conocimientos de psicología evolutiva, hizo a los escritos preliminares sobre cuestiones vinculadas al desarrollo infantil.

A todos aquellos que directa o indirectamente participaron, particularmente a todos los hogares que desinteresadamente nos abrieron las puertas y nos brindaron su tiempo y la valiosa información que constituye el cuerpo de esta obra.

PRÓLOGO

*En preguntar lo que sabes el tiempo no has de perder.
Y a preguntas sin respuesta ¿quién te podrá responder?*

ANTONIO MACHADO

PROLOGAR LIBROS DE tamaño dimensión es recrear el rasgo artesanal, científico y humanitario de nuestras acciones de frente al niño y sus familias.

Es admitir su diversidad en el devenir de la historia y los escenarios.

Es ratificar la necesidad del trabajo interdisciplinario, intersectorial, en red, como estrategia inminente.

Es el agradecimiento a los autores por seguir reflexionado y a la comunidad por seguir enseñando.

Excelente investigación acerca de una aproximación a la caracterización de prácticas y conocimientos habituales de crianza, en un tiempo y en un lugar urbano. Original diseño y esforzado trabajo en casi 700 hogares urbanos con niños,

y con encuestas domiciliarias adecuadas desde la forma al objeto de análisis.

Merecen los autores y sus maestros un singular reconocimiento y aceptación de todos los que hacen de la Salud Materno Infantil un trayecto de vida.

Magistral presentación, desde una perspectiva ampliada, del recurrente conflicto entre la “normalidad estadística” de los que crían nuestros niños del sur como pueden, creen o sienten y los que la “regulamos” con la clasificación normativa y hegemónica del saber y su irregular y sospechosa influencia sobre esos comportamientos.

Los que transitamos desde la salud materno infantil las más alejadas geografías de nuestro país, sus barrios, sus casas, sabemos que abundan Protocolos, Normas, Decretos, Declaraciones, Lemas que “regulan” el crecimiento, el desarrollo y las “recetas” para criar “niños sanos y felices”.

Los que elucubramos la salud desde los gobiernos y las academias recitamos los inagotables guiones de la “normalidad”, en forma de Normas, Consensos, Guías, Procedimientos.

Las leyes, ordenanzas, decretos, decretos reglamentarios que “enmarcan” los aspectos jurídicos aseguran el desarrollo de Programas, subprogramas, direcciones, subdirecciones, destinados a cumplir con las Metas, Objetivos y Cumbres nacionales e Internacionales destinadas a mejorar la condición infantil.

Los decisores inauguran Centros de Integración, de desarrollo, de Estimulación, de rehabilitación, de atención.

La crianza tiene una estructura universal, normatizada, regulada y desplegada desde el saber y el poder, hegemónica, aunque, afortunadamente, distintos tipos de crianza se relacionen con distintos tipos de culturas.

Desde hace muy pocas décadas los niños son considerados sujetos de derechos. Miles de años pasaron en que su supervivencia estaba centrada sólo en su capacidad de sobrevivir.

Pensar una crianza equitativa suena esperanzador pero lejano en las sociedades del posmodernismo. Pensar crianzas igualitarias pero que respeten las diferentes culturas, más lejano aún.

Por otro lado, en una sociedad con los tics de la inmediatez, el individualismo y la robotización ¿se debe vigilar, enseñar, evaluar al amor y la crianza desde un lugar “supervisor”? ¿Puedo universalizar una mirada a los ojos del binomio? ¿Debo clasificar el contacto de las pieles, el volumen de una tetada, el sonido de una melodía? ¿Desde qué lugar debo intervenir en la construcción del amor que edifica niños felices? ¿Desde el artículo 6 de la Convención de los Derechos del Niño?, en el cual “los Estados partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y desarrollo como el derecho “intrínseco” a la vida de todo niño”.

Es este un trabajo del máximo rigor científico e intelectual. Imprescindible para los que intentamos aprender a reivindicar a los niños, a posicionarlos en el lugar que la historia de la ¿humanidad? adulta les ha negado por siglos.

Es una publicación que desde sus hallazgos cualicuantitativos nos invita a reflexionar, en libertad, acerca del futuro de nuestros niños, aquellos del amor y la crianza, con imaginación y sin hipocresías.

PROF. DR. JUAN ALBERTO REICHENBACH

I. INTRODUCCIÓN

“La imagen de la infancia propia de cada época y de cada clase social depende, pues, de las condiciones objetivas de existencia de los niños, pero también de las reglas por medio de las cuales los adultos pretenden criarlos. Debido a que la infancia es menos una ‘naturaleza’ que una definición social; toda puericultura, toda pedagogía, incluso cuando pretenden romper con los ‘prejuicios’ anteriores sobre la infancia y adaptarse a la particularidad infantil, suscitan, al enunciar un cuerpo de reglas sistemáticas, que la mayor parte de las veces depende de modo inmediato de las condiciones objetivas de existencia del niño y sobre todo de sus esperanzas de vida, una definición nueva de lo que es y de lo que debe ser la infancia”.

BOLTANSKI (1974: 142)

I.1. Presentación

ESTE TRABAJO, DIRIGIDO a quienes se interesan por la salud materno-infantil, aporta una referencia de base acerca de los patrones de crianza presentes en un contexto urbano.

En línea con estudios previos sobre la temática desarrollada desde la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC), esta investigación avanza en el relevamiento de información primaria para conocer los patrones de crianza presentes en hogares urbanos representativos del partido de La Plata¹.

Los objetivos iniciales del estudio respondieron a la necesidad de contar con una caracterización de prácticas y conocimientos habituales sobre crianza que sirviera como línea de base para la observación de dinámicas en el tiempo y como referencia temática de contraste para la información obtenida en estudios de grupos o sectores específicos².

El abordaje de los patrones de crianza, en términos de conocimientos y prácticas, se desplegó a partir de un análisis que reconoce diferentes nociones sobre el parámetro de comparación y/o interpretación. La idea de parámetro – con la arbitrariedad que le es inherente– involucra dos sentidos

¹ Este proyecto fue iniciado e impulsado por la Dra. Adelaida Rodrigo, directora en ese entonces del CEREN/CIC-PBA. El trabajo de campo se llevó a cabo a fines de 2005. El mismo contó con la colaboración de la Cátedra de Metodología de la Investigación Social de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE) de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y se basó en una encuesta administrada domiciliaria semi-estructurada, abarcando 694 hogares con algún niño entre 0 y 6 años.

² Las variables incluidas en el concepto de crianza se desprenden de un estudio previo. Fueron seleccionadas en función de aquellas sobre las cuales el Plan Más Vida se propuso intervenir en el año 2003 a través del componente “Aprendizaje en la Acción para los cuidados familiares”. El CEREN tuvo como tarea realizar una evaluación que funcionase como línea de base de tales acciones y en virtud de ello confeccionó una encuesta que relevó conocimientos y prácticas alimentarias y de promoción del desarrollo, entre otras cuestiones. En ese sentido este estudio representa una continuidad de aquel.

relacionados entre sí, pero distinguibles analíticamente en tanto aluden a hechos y a valores.

Uno refiere a lo que, en determinada conjunción de coordenadas espacio-temporales, podemos considerar consuetudinario o “normal” desde el punto de vista estadístico: es decir, lo que la mayoría de las personas hacen, saben, creen o sienten en determinado contexto sobre determinadas cosas. En tal sentido, las formas de crianza, educación y cuidado que reciben los niños y niñas, su variabilidad en el tiempo y en el espacio, su carácter relacional, la multiplicidad de actores que intervienen, de lugares en los que se lleva a cabo y el tipo de persona que se espera como resultado, expresan la especificidad cultural inherente a todo proceso humano, descrita en numerosos trabajos aportados principalmente por la Historia, la Antropología, la Sociología, la Psicología y la Pedagogía.

El otro, remite a las normativas hegemónicas que emanan del saber experto, sea médico-sanitario, nutricional, psicológico, etc.; es decir aquello que se instituye como “adecuado” e incide con desigual intensidad –y a través de diversos mecanismos– en los comportamientos de las personas que participan de tal contexto. En este sentido, caben los aportes de Foucault (1989) para quien la norma incluye un principio de clasificación y un principio de corrección y busca ajustar conductas y características de los individuos y poblaciones a partir de capacidades valoradas y jerarquizadas. Ambos principios se vinculan con el proceso de regulación de individuos y poblaciones del que participa el saber médico

en las sociedades occidentales modernas: la normalización³. Normalizar la crianza es, en este sentido constituir, formar individuos, pero también poblaciones.

Desde finales del siglo XIX, y sobre todo desde principios del siglo XX, el sector salud es el que ha tenido la mayor injerencia en la primera infancia⁴ y en la difusión de recomendaciones acerca de las pautas y comportamientos “de-

³ Ahora bien, es importante decir que este proceso de normalización no fue ni es totalizador ni homogéneo. Así, por ejemplo el relativamente reciente surgimiento de la Etnopediatría –organizada alrededor de antropólogos, pediatras e investigadores del desarrollo infantil– propone maneras alternativas de mirar a los niños –descentradas de normativas científicas hegemónicas– y estudia cómo distintos tipos de crianza en diferentes culturas se relacionan con la salud, el bienestar y la supervivencia de los niños. Varios científicos estadounidenses y canadiense (biólogos, neurólogos, psiquiatras, etc.), en la década de 1990, demostraron que el contacto corporal del bebé con su madre y demás allegados, produce moduladores químicos necesarios para la formación de las neuronas y del sistema inmunológico, observando que la carencia de afecto corporal trastorna el desarrollo normal de los niños. Además de advertir acerca de la medicalización del embarazo, parto y crianza, plantean que el desarrollo industrial y tecnológico ha robotizado las funciones maternas en desmedro del desarrollo infantil. Sus aportes han contribuido a la corriente de la “crianza con apego” que aconseja, entre otras cosas: dormir con los hijos, contacto físico permanente con los bebés, lactancia materna a demanda, atender diligentemente los llamados del bebé o niño, entre otras cuestiones (Small, 1999).

⁴ La primera infancia es la etapa comprendida entre el nacimiento y los dos años: incluye al recién nacido y al lactante. Presenta ciertas características como la alimentación con leche materna, ausencia del habla y de la capacidad de caminar; la dependencia respecto a los adultos y la vulnerabilidad a la muerte, lo que la torna crucial para la continuidad de individuos y poblaciones. El destete y la dentición señalan el fin de la etapa de lactante y a partir de esto y de la adquisición de mayor independencia, se disuelve la unidad del “binomio madre-hijo”. La construcción de la primera infancia como objeto de conocimiento e intervención se ve complejizada por el entrecruzamiento del saber médico con la psicología, la pedagogía y algunos elementos de psicoanálisis. A partir de la “segunda infancia”, es la institución escolar quien organiza la cronología de la niñez.

seables” en relación a su desarrollo, cuidado y protección. Tal como plantea Colángelo (2012), durante la infancia, la sucesión ordenada de etapas, fundada en “particularidades anatómicas y fisiológicas del niño”, pasa a ser considerada natural y universal, transformándose en un criterio de normalidad para evaluar a los niños reales: no debe faltar ninguna ni es aconsejable que duren menos o más del tiempo previsto. Las prácticas de crianza deben adecuarse a estos diferentes momentos o estadios: para cada uno hay un alimento apropiado, vestidos adecuados, ejercicios y juegos recomendables.

Sin embargo, los parámetros cronológicos que delimitan esas etapas tienen la amplitud suficiente como para que, dentro de ciertos márgenes, cada niño “normal” las transite con sus particularidades individuales. Los programas denominados “materno infantiles” ocuparon importancia creciente y gran parte de sus intervenciones estuvieron dirigidas a reforzar la llegada de la indicación médica al hogar (Ortega y Vecinday, 2009).

A partir de 1970 la familia es tratada como un objeto a modelar mediante estrategias que prescriben modalidades de crianza (y de familia) ligadas a la expansión del espacio ocupacional de las profesiones asistenciales y a la proliferación de agentes en el campo de la atención a la primera infancia.

Teniendo en cuenta las recomendaciones y propuestas de organismos nacionales e internacionales, la presente investigación informa desde de una mirada normativa, sobre hechos ubicados en un espacio y un tiempo. Patrón, así, remite al

análisis de las regularidades observadas (y esperadas) a la luz de la normatividad⁵.

1.2. Marco conceptual y normativo

El presente estudio examina la crianza –a la luz de las prescripciones imperantes– y analiza sus variaciones en función de las distintas posiciones de los hogares en la estructura social reconociendo que los recursos, las experiencias, las prácticas y apropiaciones de sentidos que los sujetos ponen en juego en la crianza, están influidas por las condiciones objetivas de vida (acceso a la salud, a la alimentación, a la educación formal, al esparcimiento, a la vestimenta).

Asimismo, no es posible desvincular las concepciones y prácticas familiares sobre la crianza y el cuidado de los niños y niñas, de los que circulan –con sentidos renovados– en las escuelas, los servicios de salud, las organizaciones barriales, los medios de comunicación, entre otros. En la provincia de Buenos Aires existe un número significativo de políticas que, formuladas a nivel nacional, provincial y municipal, están dirigidas a la atención de los niños y niñas, sobre todo de hogares pobres.

Se espera que la información que se presenta contribuya a reflexionar sobre el camino recorrido y a reforzar o definir nuevos compromisos, poniendo de manifiesto las

⁵ Asimismo, creemos que otra contribución de este trabajo es la que se desprende del ejercicio metodológico realizado consistente en el abordaje, operacionalización y construcción de indicadores e índices sintéticos sobre patrones que resumen aspectos sustantivos de lo que hemos recordado dentro del vasto campo de la crianza.

heterogeneidades y contrastes hallados en la crianza, entre grupos y sectores.

El conocimiento desarrollado por las ciencias sociales advierte que la infancia, como la entendemos hoy, es una noción históricamente reciente, acuñada en la modernidad.

La conceptualización de la infancia ha definido la existencia —o no— de determinadas políticas sociales, instituciones y programas y delineado sus características: detrás de toda política o programa para los niños y niñas, existe una concepción determinada de lo que es la infancia para una sociedad” (Álvarez Chuart, 2011).

Este autor identifica tres fenómenos que han tenido relevancia en la visualización y significación social de los menores de 6 años:

a. El primero refiere a la reducción progresiva de la mortalidad infantil y al mejoramiento de índices biosociales de los niños. La concepción de la infancia como grupo poblacional que requiere cuidados desde los primeros años, sumada al concepto de la educación como un valor social que atraviesa a todas las clases sociales, generó una relación entre lo médico, lo pedagógico y lo social, que configuró un nuevo campo de acción para las políticas sociales impulsadas por el Estado.

b. En segundo término, cabe reconocer el impacto de los nuevos roles económicos y culturales que ha ido adquiriendo la mujer, que han implicado compatibilizar y recortar el tiempo y las funciones domésticas que tradicionalmente desempeñaba al interior del hogar, y que estaban asociadas

al cuidado y educación de los hijos, principalmente en los años previos al ingreso a la escuela.

Así, a medida que se ha incrementado la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, estas funciones han ido siendo asumidas en parte, por diferentes agentes, programas e instituciones relacionadas con el cuidado y educación para la primera infancia.

No obstante, y pese a los cambios sociales acontecidos en las últimas décadas con repercusiones en la estructura y dinámica del hogar, la familia mantiene centralidad como fuente de apoyo, afecto y protección. Si de algo han servido las transformaciones económicas es para poner en evidencia la transformación de las familias y poner en jaque las ideas tradicionales sobre su naturaleza, sobre el papel de la paternidad y la maternidad, sobre la relación entre maternidad y trabajo y el rol de los hijos.

c. A su vez, en los últimos años, particularmente las Neurociencias han aportado evidencia sobre la influencia significativa que tienen los primeros años de vida en el desarrollo cognitivo, la capacidad de aprender y la integración social. En esa etapa, el cerebro es especialmente receptivo a las experiencias nuevas y está especialmente capacitado para aprovecharlas. Si esos períodos de sensibilidad carecen de estímulos, es probable que disminuyan notablemente las oportunidades de aprendizaje de distinto tipo.

Con relación a ello la UNESCO (1996) señala que: “El período desde el nacimiento hasta los seis años es el más importante para el desarrollo del ser humano: propor-

cionalmente ese período es el más rico en términos de resultados, tanto en los aprendizajes como en el desarrollo físico y mental. A los seis años, el niño ha desarrollado las principales capacidades físicas y mentales sobre las cuales apoyará su desarrollo posterior”.

Recuperaremos un hecho que sintetiza la importancia que adquiere la niñez durante el siglo XX: se trata del Primer Congreso Internacional de Protección de la Infancia, realizado en Bruselas en 1913, que instala la temática de la niñez en la agenda de los Estados y en el discurso de las organizaciones internacionales, temas que con algunas variantes y ampliación de sus conceptos se han mantenido hasta hoy. En ese proceso, en 1989 la Convención Internacional de los Derechos del Niño representa un hito que tuvo un impacto decisivo en la concepción de la niñez. La misma constituye un nuevo paradigma para interpretar la infancia, introduciendo un giro en la posición jurídica de la niñez. Ese giro consiste en haber pasado de considerar al niño/a como “objeto” de preocupación, protección y control, a ser sujeto de derechos inapelables que deben ser resguardados por la familia, el Estado y la comunidad, superando su comprensión como “proyecto de adulto”. Deja de tener un estatus inferior y de ser definido a través de sus déficits. Un aspecto que merece destacarse de la CDN, es el considerar al niño/a *una persona en un período especial de su vida, en el que está en juego el desarrollo de sus potencialidades, por lo que es un sujeto de derechos especialísimos, dotado de una protección complementaria*, pues se deben agregar nuevas garantías por sobre las que

corresponden a todas las personas, reconociendo su calidad de ser en desarrollo y por ende a potenciar y proteger por la familia, la sociedad y el Estado.

Sabemos que la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas es el documento internacional más ratificado de la historia de la humanidad.

La definición de Metas para la Salud de la Niñez durante la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia realizada en Nueva York en 1990, reiteradas y ampliadas en América Latina, incidió en la gestión de políticas públicas, estableciendo acuerdos integrales relacionados con salud, nutrición y educación en la infancia y el mejoramiento del medio ambiente.

Los países asumieron compromisos para alcanzar mejores niveles de salud infantil brindando direccionalidad a las acciones sanitarias y facilitando su monitoreo⁶.

En síntesis, la influencia de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, que lo define como un ser integral y con derechos especiales de acuerdo a su edad, la relevancia e impacto que han tenido los aportes de las Neurociencias, (que constatan la importancia fundamental de los primeros años de vida en el desarrollo de las personas) sumado a los cambios en los roles experimentados por la mujer/madre y la familia, tienen como corolario la significativa visibilidad que ha adquirido la infancia —especialmente los menores de 6 años— en nuestra sociedad. Se asume que los

⁶ El avance de las metas expresa importantes logros en la reducción de la mortalidad infantil, coberturas de vacunación y reducción de ciertas enfermedades transmisibles, con brechas importantes entre y dentro de los países.

niños tienen especiales derechos, requieren de especiales cuidados, de una estimulación específica y cuentan con una gran capacidad de aprendizaje.

A partir de las metas fijadas en la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño, la Declaración de la Conferencia Mundial de Educación para Todos, la Cumbre de los Niños, la Declaración de Salamanca, la Cumbre Mundial sobre los Derechos de la Mujer y otras, casi todos los países miembros han puesto en marcha –con diferentes resultados hasta el momento– diversos programas y acciones destinados a la niñez.

En consonancia con estos compromisos, las organizaciones internacionales que trabajan en la infancia, han desarrollado diversos enfoques teóricos con criterios integradores en respuesta a la toma de conciencia de que la salud, la alimentación, el desarrollo intelectual, emocional y físico y la socialización, se influyen recíprocamente y están presentes en todos los aspectos de la vida (Myers, 1993; Evans, 2000), con consecuencias en la implementación de planes y programas.

Condicionadas por las variables contextuales, las prácticas de crianza están fuertemente vinculadas con la receptividad, sensibilidad, capacidad de interpretación, respuestas y expectativas que presentan los dadores de cuidado. Ellas favorecerán el desarrollo integral infantil en tanto impulsen la provisión oportuna y adecuada de condiciones y recur-

sos que promuevan el crecimiento, la salud y estimulen la exploración, la autonomía y el aprendizaje.

En el período inicial de la vida es cuando éstas adquieren fundamental importancia, ya que es el momento más crítico, no sólo para el crecimiento físico y desarrollo, sino también para la formación de la inteligencia, la personalidad y la conducta social. Son numerosos los estudios que señalan que el nacer y crecer en un medio social desfavorable produce problemas en los niños que se traducen en una menor calidad de vida (Myers, 1993, 2000; Becker, 1964; Schaefer, 1965; Schludermann, 1970; Lautrey, 1985; Piacente, Rodrigo y col., 1990; Kotliarenko, 1995; Alvarez, 1996) entre otros.

Entendemos a la crianza como el conjunto de acciones de cuidado a la niñez, basada en patrones culturales, creencias personales, conocimientos adquiridos y posibilidades fácticas que presentan los dadores de cuidados. Ella nos informa acerca de las percepciones, interpretaciones, expectativas y respuestas que tienen los cuidadores frente a las necesidades y potencialidades que tienen los niños en las distintas etapas de su vida.

Dichos enfoques han contribuido al presente trabajo. Así, el *Modelo Ecológico Sistémico* de la Familia de Urie Bronfenbrenner, (1979), el *Modelo de Atención a la Infancia* (Engle, Menon y Haddad, 1997; Engle, Lhotska y Armstrong , 1997) y el *Care Assessment, Analysis and Action Tool*, desarrollado por Patrice Engle en 1992 y modificado posteriormente (Engle y Huffman, 1996) han sido recursos de referencia para la conceptualización del fenómeno a abordar.

Bronfenbrenner sentó las bases de un modelo para estudiar el sistema familiar donde se lleva a cabo la crianza de los niños. Reconociendo que el contexto (macro, exo, meso y microsistema) influye sobre las relaciones de los individuos que lo componen, formuló un esquema donde las relaciones interpersonales forman parte de sistemas más complejos sometidos a influencias sociales, culturales e históricas.

La conjunción de estos factores lleva a una visión de la familia y de la crianza como un sistema dinámico de relaciones interpersonales recíprocas, enmarcado en múltiples contextos de influencia que son factibles de sufrir procesos de cambio.

Sin perder de vista los niveles macro, exo y meso, indagamos aspectos de la crianza ubicados en el microsistema familiar, y dentro de éste, en los dadores de cuidados (especialmente la madre).

En el hogar, las formas que asumen los modelos de crianza de los hijos están asociadas a múltiples factores que pueden ir desde la reproducción de modelos vivenciados, como por ejemplo el de la propia crianza, pasando por la actuación basada en patrones de sugerencias o recomendaciones que pueden provenir de canales formales e informales y/o hasta la generación de patrones nuevos, propios de los padres o cuidadores. Lo relevante de ello es que los modelos que se activan durante la crianza, que involucran patrones de sentidos, creencias y actitudes, tienen un impacto importante sobre el desarrollo del niño, más allá que sean estables o inestables, rígidos o flexibles, adquiridos o contruidos. Es

decir que las características que asume la crianza de los hijos están mediadas por determinados marcos de referencia, que actúan como insumo/orientación/referencia de los padres en las percepciones, abordajes y resoluciones de las modalidades que adoptan⁷. Por tanto, cuando esos marcos de referencia no son adecuados, se pierde la oportunidad de poder evaluar y detectar de manera sencilla la evolución, problemas y/o retrasos en el desarrollo de los hijos, con la consecuente posibilidad de que se desplieguen interacciones que resulten insuficientes o inadecuados.

Las relaciones tempranas entre niño/cuidador han sido descriptas, haciendo mención a la adecuación mutua en esta interacción, subrayando sin embargo el papel asimétrico de los participantes. Durante los seis primeros meses de vida los niños comienzan a desarrollar los fundamentos de las capacidades infantiles más importantes: la de leer las señales y expresiones correspondientes al comportamiento de los adultos. En la medida que los niños crecen y se desarrollan, son necesarias una adecuada nutrición y aquellas interacciones cotidianas lingüísticas y no lingüísticas (por ejemplo, jugar, hablar, cantar contar cuento, entre otros) que intervienen a lo largo del proceso y permiten que los niños se relacionen con el mundo exterior, adquieran destrezas y comiencen a manifestar su individualidad (Rodrigo et al., 2008).

UNICEF, como organismo de Naciones Unidas especialmente dedicado a promover el bienestar infantil, ha produ-

⁷ Esto no implica que la interacción sea unidireccional y vertical, sino que muchas veces aparecen influencias de los hijos sobre las acciones/decisiones parentales (bidireccionalidad).

cido documentos innovadores en el campo de la Atención a la Infancia. Reconociendo que las acciones que apoyan las necesidades básicas de salud y nutrición resultan insuficientes, que – pese a los esfuerzos– los problemas nutricionales siguen persistiendo y que las cifras y las consecuencias de un desarrollo infantil vulnerado son de gran magnitud, a partir de 1990 desarrolla un modelo conceptual que vincula Seguridad Alimentaria, Atención de la Salud y Prácticas de Crianza.

Siguiendo los conceptos enunciados en distintas publicaciones (UNICEF, 1990, 1998, 2001), se tuvo en cuenta el modelo de cuidados expandido que incluye la consideración de la *disponibilidad de recursos* que requieren las personas para proporcionar atención (recursos humanos, económicos, alimentarios y de salud) y los *cuidados*. Éstos se refieren a las prácticas que dispensan las personas en el hogar, que transforman la seguridad alimentaria y nutricional y los recursos sanitarios en crecimiento y desarrollo del niño.

A través del “Care assessment, analysis and action tool” (C.A.T.) UNICEF (1998) propuso una síntesis de los diversos métodos de evaluación de las prácticas y recursos siguiendo el modelo de los Procedimientos de Asesoría Rápida para programas de nutrición y atención primaria de la salud (Scrimshaw y Hurtado, 1988). Ese instrumento, desarrollado por Patrice Engle en 1992 y modificado posteriormente (Engle y Huffman, 1996), enumera un conjunto de variables e indicadores sobre conocimientos y prácticas referidas a: atención de las mujeres embarazadas y en período de lactancia, lactancia materna y alimentación complementaria,

higiene y preparación de los alimentos, prácticas de atención a la salud y de atención psicosocial en el hogar.

Hasta el momento, no existe una herramienta estandarizada para su evaluación y posiblemente habrá que discutir la conveniencia de hacerlo y eventualmente establecer instrumentos específicos adaptados a cada región y situación particular.

En este estudio, el diseño de la encuesta partió de estos aportes y de la experiencia previa derivada del Proyecto colaborativo sobre Alimentación, Desarrollo y Prácticas de Crianza (CIC-UNICEF-IDRC, 1988) y de la Línea de Base realizada en 2003 para la Evaluación de Impacto del Plan Más Vida (Rodrigo et al., 2006; 2008). Por cuestiones metodológicas se omiten distintas dimensiones de la crianza vinculadas con el afecto, el control de comportamientos y con problemáticas que pueden indicar maltrato y violencia intrafamiliar, cuyo aumento hace de la niñez una etapa de victimización.

2. APARTADO METODOLÓGICO

CONFORME A LO expresado en el marco conceptual, y con referencia a la definición metodológica del estudio empírico, se explicitan a continuación las decisiones de selección y recolección que, con anclaje en los lineamientos y criterios sostenidos por organismos y especialistas en la infancia a nivel nacional e internacional, orientaron la tarea de determinar las dimensiones analíticas, las variables e indicadores específicos para estudiar los Patrones de Crianza que en este trabajo realizamos sobre el agregado poblacional del partido de La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

El relevamiento, llevado a cabo en noviembre de 2005, se organizó en torno al abordaje de la dimensión central de los *Patrones de Crianza* incorporando una dimensión asociada con las condiciones materiales de vida que incluye las situaciones de habitabilidad (considerando los aspectos de saneamiento, hacinamiento y servicios básicos en la vivienda), de escolaridad y de trabajo.

La dimensión de los *Patrones de Crianza* aborda los Patrones de cuidado de la salud reproductiva, los Patrones alimentarios en los primeros años de vida, los Patrones de promoción del desarrollo infantil y los Patrones de alarma frente a problemas en la alimentación, desarrollo psicosocial y salud del niño. Las subdimensiones y/o aspectos sustantivos seleccionados para dar cuenta de esta dimensión fueron las siguientes:

- √ **Patrones alimentarios en los primeros años de vida:** conocimientos y prácticas de lactancia materna, de alimentación complementaria y completa; oportunidad de incorporación de distintos alimentos, frecuencia de incorporación de alimentos y adecuación a la maduración psicomotriz, calidad y valor nutricional de los alimentos.
- √ **Patrones de cuidado de la salud reproductiva:** cuidados durante el embarazo, parto y puerperio; condiciones del entorno y factores facilitadores de la crianza.
- √ **Patrones de promoción del desarrollo infantil:** conocimientos y prácticas en torno al desarrollo infantil; percepciones y acciones del dador de cuidados a las diversas necesidades para el desarrollo psicosocial; promoción del desarrollo infantil dentro del hogar; disponibilidad de recursos para la promoción del desarrollo; uso de ámbitos extrahogareños (guardería, jardín de infantes) relacionados a la promoción del desarrollo psicosocial.

- ✓ **Patrones de alarma frente a problemas en la alimentación, desarrollo psicosocial y salud del niño:** reconocimiento de problemas de alimentación, crecimiento, desarrollo psicosocial y salud; tipos de problemas reconocidos; frecuencia de aparición y formas de enfrentarlos.

Una vez definidas las dimensiones conceptuales en función de los intereses cognitivos trazados por la investigación en relación a los Patrones de Crianza, se definieron los aspectos operativos asociados a la selección de casos y a la recolección/producción de información.

2.1. Decisiones de selección

Población: La población objeto del relevamiento estuvo constituida por el conjunto de hogares con niños de hasta 6 años del Partido de La Plata, Provincia de Buenos Aires, identificando dos subgrupos específicos: niños de hasta 2 años y niños con más de 2 años y hasta 6 años.

Muestra: Se diseñó una muestra probabilística con selección en dos etapas. En la primera se seleccionaron aleatoriamente 48 radios censales (puntos-muestra) y en la segunda se eligieron 694 hogares. Los radios se seleccionaron con probabilidad diferencial, teniendo en cuenta los datos de población total por tramo de edad, educación de los jefes y tipo de vivienda (Censo Nacional de Población y Vivienda 2001). Se determinó la cantidad de hogares por radio de manera proporcional, pero introduciendo una ponderación a partir del tamaño de los hogares, la presencia relativa de

menores en los mismos y el nivel educativo del jefe de hogar. De este modo, los radios con hogares más numerosas (que aportan proporcionalmente más al conjunto de población infantil del Partido de La Plata, y que tendencialmente se corresponden con niveles socioeconómicos y educativos más bajos), tuvieron una probabilidad levemente mayor de ser seleccionados, buscando así evitar la sobrevaloración que de otro modo hubiera resultado en la muestra de los menores pertenecientes a hogares con menor cantidad de hijos y mejor nivel socio-económico (sesgo de clase media). El error muestral agregado para la muestra aleatoria de 694 casos, a un nivel de confianza del 95%, es de $\pm 3,75\%$.

2.2. Decisiones de recolección y análisis

El instrumento integrado de relevamiento fue una encuesta semi-estructurada de 142 preguntas, articulado en torno a 5 formularios que atendieron a las dimensiones analíticas antes mencionadas, incluyendo las particularidades correspondientes a diferentes grupos de interés: a) madres de niños de hasta 12 meses; b) niños de 0 a 24 meses; y c) niños de 25 a 72 meses.

Los formularios diseñados fueron: Formulario 1: DATOS GENERALES DEL HOGAR Y LA VIVIENDA. Relevó características socio-demográficas, ocupacionales y habitacionales de los hogares y viviendas. Este fue aplicado a todos los hogares; Formulario 2: CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE ALIMENTACIÓN, SALUD Y DESARROLLO. Relevó conocimientos globales sobre alimentación, salud y desarrollo infantil sin referencia a un hijo o situación particular. Este fue aplicado

a todos los hogares; Formulario 3: CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. Relevó patrones de cuidado de la salud reproductiva durante el embarazo, parto y puerperio. Este fue aplicado a hogares con madres de niños de hasta 12 meses; Formulario 4: CUIDADOS DE NIÑOS PEQUEÑOS (0 a 24 meses). Relevó prácticas de alimentación, desarrollo y salud en la crianza de los niños pequeños. Aplicado a dadores de cuidado, con niños de 0 a 24 meses, referente al niño mayor dentro del rango de 0 a 24 meses en el hogar; Formulario 5: CUIDADOS DE NIÑOS (25 a 72 meses) Relevó prácticas de alimentación, desarrollo y salud en la crianza de los niños mayores. Aplicado a dadores de cuidado, con niños de 25 a 72 meses, referente al niño mayor dentro del rango de 25 a 72 meses en el hogar.

Las sub-dimensiones, variables e indicadores incorporados en las dimensiones analíticas estudiadas se conformaron de la siguiente manera:

DIMENSIÓN: PATRONES ALIMENTARIOS EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

Subdimensión: Conocimientos/creencias sobre la Alimentación del niño

Variable: Creencias sobre lactancia materna

Indicador: Creencia sobre el tiempo adecuado de la lactancia materna exclusiva

Indicador: Creencia sobre la edad adecuada de suspensión de la lactancia materna total

Variable: Creencias básicas sobre la alimentación y nutrición del niño

Indicador: Creencia sobre la edad adecuada para la incorporación de las primeras papillas

Indicador: Creencia sobre la edad adecuada para la incorporación de carne

Indicador: Creencia sobre la frecuencia semanal ideal de consumo de carne

Indicador: Creencia sobre la frecuencia semanal ideal de consumo de frutas y verduras

Indicador: Creencia sobre los nutrientes que aportan las frutas y verduras

Indicador: Creencias sobre alimentos que previenen la anemia (Carne / Soja / Frutas)⁸

Indicador: Creencia sobre la edad adecuada en la que los niños deben comer lo mismo que el resto del hogar

Indicador: Creencia sobre la edad adecuada en la que los niños deben comer solos con cuchara

Indicador: Creencia sobre la edad adecuada en la que los niños pueden recibir alimentos trozados

Subdimensión: Prácticas de Alimentación del niño de 0 a 24 meses

Variable: Iniciación a la lactancia

Indicador: Porcentaje de madres que amamantaron a su hijo en su primera hora de vida

Variable: Alimentación con lactancia materna exclusiva

Indicador: Tiempo de alimentación exclusiva del niño con lactancia materna

Variable: Duración total de la lactancia materna

Indicador: Tiempo total de alimentación de alimentación a pecho (no sólo exclusiva) / Edad de destete

⁸ La elección de estos alimentos obedece al reconocimiento de nociones erróneas generalizadas respecto a los nutrientes que aportan.

Variable: Causas de suspensión de la lactancia total

Indicador: Razones de la suspensión de la lactancia total

Variable: Incorporación de otros líquidos (leche no materna/
agua / jugos / yogur bebible)

Indicador: Edad del niño al momento de incorporar otra leche no
materna

Indicador: Edad del niño al momento de incorporar otros líquidos (agua,
jugos, yogur bebible, etc.)

Variable: Incorporación de alimentos semi-sólidos

Indicador: Edad del niño al momento de incorporar las primeras
papillas

Indicador: Alimentos más frecuentes usados para la elaboración de las
primeras papillas

Indicador: Agregados más frecuentes usados para elaborar las primeras
papillas

Subdimensión: Hábito de desayuno en la Alimentación del niño de 25 a 72 meses

Variable: Desayuno

Indicador: Realización de desayuno en la casa

Indicador: Realización de desayuno en otro lugar

Indicador: Composición alimentaria del desayuno

DIMENSIÓN: PATRONES DE CUIDADO DE LA SALUD REPRODUCTIVA (madres con niños de hasta 1 año)

Variable: Fecundidad

Indicador: Edad en el primer embarazo

Indicador: Número total de embarazos

Indicador: Número de hijos nacidos vivos

Variable: Prácticas de Salud reproductiva

Indicador: Lugar de control del embarazo

Indicador: Mes de gestación en que inició el control del embarazo

Indicador: Número total de controles durante el embarazo
Indicador: Consumo de hierro y suplemento vitamínico durante el embarazo
Variable: Control de salud posparto
Indicador: Realización de control posparto
Indicador: Oportunidad del control posparto (cantidad de días luego del parto)
Variable: Disponibilidad de apoyo durante el embarazo
Indicador: Disponibilidad de apoyo en tareas hogareñas
Indicador: Grado de apoyo en las tareas del hogar durante el embarazo
Indicador: Referente de apoyo

DIMENSIÓN: PATRONES DE PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL.

Subdimensión: Conocimientos/creencias sobre la promoción del desarrollo psicosocial infantil

Variable: Creencias sobre logros esperados en distintas etapas del desarrollo
Indicador: Creencia sobre la edad adecuada en la que los niños deben saber caminar
Indicador: Creencia sobre la edad adecuada en la que los niños deben saber decir sus primeras palabras con sentido
Variable: Creencias sobre recursos extra hogareños para la promoción del desarrollo psicosocial infantil
Indicador: Creencia sobre la conveniencia de asistencia a guardería
Indicador: Razones de la apreciación sobre la asistencia a guardería
Indicador: Creencia sobre la edad adecuada para el inicio de la asistencia a guardería

Subdimensión: Recursos para la promoción del desarrollo psicosocial intra y extra hogareño del niño de 25 a 72 meses

Variable: Recursos para la promoción del desarrollo psicosocial disponibles en el hogar

Indicador: Existencia de juguetes

Indicador: Existencia de libros infantiles

Indicador: Número de libros infantiles

Indicador: Disponibilidad de TV

Indicador: Disponibilidad de PC

Indicador: Disponibilidad de Juegos Electrónicos

Indicador: Creencia sobre la finalidad del “juego” en los niños

Variable: Recursos para la promoción del desarrollo psicosocial extra hogareño

Indicador: Asistencia a Guardería / Jardín

Indicador: Realización de actividades deportivas (fuera de las escolares)

Indicador: Tipo de actividades deportivas que realiza (fuera de las escolares)

Indicador: Realización de actividades artísticas o intelectuales (fuera de las escolares)

Indicador: Tipo de actividades artísticas o intelectuales que realiza (fuera de las escolares)

Subdimensión: Prácticas de promoción del desarrollo del niño de 0 a 24 meses en el hogar

Variable: Prácticas de promoción del desarrollo

Indicador: Oportunidad y frecuencia de canto

Indicador: Oportunidad y frecuencia de narración de cuentos

Indicador: Oportunidad y frecuencia de lectura de cuentos y/o enseñanza de libros con imágenes

Indicador: Oportunidad, frecuencia y tipo de juegos (entre dadores de cuidado/niños)

Subdimensión: Prácticas de promoción del desarrollo del niño de 25 a 72 meses

Variable: Prácticas de promoción del desarrollo

Indicador: Oferta de “papel y lápiz”

Indicador: Oportunidad de oferta de “papel y lápiz”

Indicador: Oportunidad de oferta de “Otros materiales”

Indicador: Oportunidad y frecuencia de canto

Indicador: Oportunidad y frecuencia de narración de cuentos

Indicador: Oportunidad y frecuencia de lectura de cuentos y/o enseñanza de libros con imágenes

Indicador: Colegas habituales del juego del niño

Indicador: Oportunidad, frecuencia y tipo de juegos (entre dadores de cuidado/niños)

Indicador: Entretenimientos habituales del niño

Indicador: Número de horas que mira TV el niño

Indicador: Frecuencia de uso de la PC por parte del niño

Indicador: Cantidad de horas diarias frente a la PC

DIMENSIÓN: PERCEPCIONES EN TORNO A PROBLEMAS EN LA ALIMENTACIÓN, DESARROLLO PSICOSOCIAL Y SALUD DEL NIÑO.

Variable: Percepción de problemas asociados con los patrones globales de crianza

Indicador: Preocupación por problemas asociados a la crianza de los niños

Indicador: Principal problema reconocido en torno a la crianza de los niños

Variable: Percepción de problemas asociados con la alimentación / crecimiento del niño

Indicador: Preocupación sobre problemas de alimentación / crecimiento del niño

Indicador: Tipo de problema objeto de preocupación sobre alimentación y/o crecimiento del niño

Variable: Percepción de problemas asociados a la salud del niño
Indicador: Preocupación sobre problemas de salud del niño
Indicador: Tipo de problemas objeto de preocupación sobre la salud por los cuales se tuvo preocupación
Variable: Cuidados de la salud bucodental (0 a 72 meses)
Indicador: Creencia sobre la edad adecuada para el primer control bucodental
Indicador: Realización de control bucodental
Indicador: Razones de la asistencia al dentista
Variable: Accidentes del niño (0 a 72 meses)
Indicador: Ocurrencia de accidentes
Indicador: Número de accidentes
Indicador: Tipo de accidentes
Indicador: Lugar de ocurrencia del accidente
Indicador: Demanda de asistencia médica post accidente

Subdimensión: Reconocimiento y alarma frente a problemas en el desarrollo psicosocial

Variable: Percepción de problemas en el desarrollo del niño de 0 a 24 meses
Indicador: Preocupación por problemas en el desarrollo psicosocial del niño
Indicador: Tipos de problemas en el desarrollo psicosocial del niño
Variable: Percepción de problemas en el desarrollo del niño de 25 a 72 meses
Indicador: Preocupación por problemas en el desarrollo psicosocial del niño
Indicador: Tipos de problemas en el desarrollo psicosocial del niño
Indicador: Oportunidad de consulta por los problemas del desarrollo psicosocial del niño
Indicador: Tipo de persona a la que consultó frente a los problemas del desarrollo psicosocial del niño

DIMENSIÓN:ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS Y HABITACIONALES.

Variable: Características socio demográficas del hogar

Indicador: Tipo de hogar

Indicador: Cantidad de miembros en el hogar

Indicador: Número de hijos / Promedio de hijos / Número de hijos de 0-72 meses

Indicador: Escolaridad de los principales dadores de cuidado (jefe de hogar y cónyuge)

Indicador: Disposición de Obra Social / Mutual / Prepaga

Indicador: Ocupación de los principales dadores de cuidado (jefe hogar y cónyuge)

Indicador: Tasa de dependencia

Variable: Características habitacionales del hogar

Indicador: Tipo de vivienda

Indicador: Tenencia de la vivienda

Indicador: Hacinamiento

Variable: Características sanitarias del hogar

Indicador: Disposición de agua corriente

Indicador: Ubicación de la fuente de agua

Indicador: Disposición y tipo de baño

Indicador: Ubicación del baño

Indicador: Sistema de eliminación de aguas servidas

2.3.Trabajo de campo

El trabajo de campo fue realizado a finales de 2005 por los alumnos del Taller de Investigación: Construcción y validación de un instrumento estandarizado para el estudio de las prácticas de crianza, organizado en el marco de la carrera de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. El equipo de campo contó con 49 encuestadores y

4 coordinadores quienes tuvieron a su cargo el seguimiento, acompañamiento y supervisión del relevamiento de la información. La pauta de campo incluyó mecanismos para el recorrido del radio de relevamiento, la selección de las viviendas, la elección de los hogares (en caso de que existiera más de un hogar por vivienda) y de los niños (en el caso de que existiera más de uno por grupo etario de interés para el estudio). La pauta de recorrido del radio seleccionado indicaba abordarlo desde uno de los ángulos, avanzando en forma de zigzag, seleccionando las viviendas de acuerdo al salto de elección estipulado para cada radio hasta cubrir la cuota de hogares asignados. En el caso de encontrarse con un edificio de departamentos la pauta de elección de las viviendas indicaba avanzar desde los pisos inferiores a los superiores, recorriendo de izquierda a derecha, respetando el salto pautado. Cuando en la misma vivienda existía más de un hogar con hijos menores, la elección del mismo tenía lugar a través de una tabla aleatoria. Cuando en un mismo hogar existía más de un hijo perteneciente a cualquiera de los grupos etarios de interés para el relevamiento (de 0 a 2 años y/o de +2 a 6 años) la pauta de elección prescribía relevar información sobre el niño de mayor edad para cada grupo etario, según el caso. Esta pauta implicaba la imposibilidad de relevar más de dos niños por hogar (uno para cada grupo etario). Con este criterio, sobre el total de 694 hogares relevados, se registraron 292 niños de menos de 2 años y 516 niños de 2 a 6 años.

2.4. Índices

En base a los lineamientos y criterios sostenidos por organismos y especialistas en infancia a nivel nacional e internacional se constituyeron también Índices De Adecuación Parciales y Globales correspondientes a las diferentes dimensiones de análisis abordadas. El diseño de los índices tipológicos se basó en una selección de indicadores sensibles y una asignación de puntaje ajustada a normativas y/o a recomendaciones surgidas de otros estudios y de evaluaciones de expertos. La pauta general de asignación de puntaje fue de 0 puntos cuando la respuesta no se adecuó a normativa y/o recomendación experta y 1 o 2 cuando fue considerada adecuada a la misma.

Los índices generados fueron:

Índice Cuidado durante el embarazo y posparto: incluye realización de control del embarazo, mes de inicio del control del embarazo, número de controles del embarazo, recepción de hierro y/o vitaminas durante el embarazo, realización de control posparto, oportunidad de control posparto, disponibilidad de apoyo en las tareas del hogar durante el embarazo.

El puntaje máximo que puede asumir este índice es de 5 puntos. En función del valor obtenido se establecieron los siguientes rangos normativos: 0-4 puntos: inadecuado; 5-6 puntos: regular; 7-10 puntos: adecuado.

Índice Patrones de Lactancia Materna: incluye iniciación a la Lactancia Materna del recién nacido, tiempo de duración de

la lactancia materna exclusiva, edad en la incorporación de otra leche, edad en la incorporación de otros líquidos, edad de suspensión de la lactancia materna.

El puntaje máximo que puede asumir este índice es de 5 puntos. En función del valor obtenido se establecieron los siguientes rangos normativos: 0-2 puntos: inadecuado; 3 puntos: regular; 4-5 puntos: adecuado.

Índice Creencias sobre alimentación infantil: incluye creencia sobre tiempo recomendado de lactancia materna exclusiva, creencia sobre duración apropiada de la lactancia materna total, creencia sobre la edad adecuada de incorporación de las primeras papillas, creencia sobre la edad adecuada para la incorporación de carnes, creencia sobre la frecuencia semanal adecuada de consumo de carne, creencia sobre la frecuencia semanal de consumo adecuado de frutas y verduras, creencia sobre la edad adecuada para la incorporación del niño a la alimentación completa del hogar, creencias sobre alimentos que previenen la anemia, creencia en la edad adecuada en que el niño puede manejar utensilios para comer, creencia sobre la edad adecuada para el consumo de alimentos trozados.

El puntaje máximo que puede asumir este índice es de 10 puntos. En función del valor obtenido se establecieron los siguientes rangos normativos: 0-5 puntos: inadecuado; 6-8 puntos: regular; 9-10 puntos: adecuado.

Índice Patrones de promoción del desarrollo infantil (12 a 24 meses): incluye práctica y frecuencia de cantos, práctica y frecuencia de lectura de cuentos, práctica y frecuencia de

lectura/mostración de libros con imágenes, práctica y frecuencia de juego con el niño.

El puntaje máximo que puede asumir este índice es de 8 puntos. En función del valor obtenido se establecieron los siguientes rangos normativos: 0-3 puntos: inadecuado; 4-5 puntos: regular; 6-8 puntos: adecuado.

Índice Patrones de promoción del desarrollo infantil (25 a 72 meses): incluye práctica y frecuencia de cantos, práctica y frecuencia de lectura de cuentos, práctica y frecuencia de lectura/mostración de libros con imágenes, práctica y frecuencia de juego con el niño, oferta de “papel y lápiz”, edad de oferta de “papel y lápiz”, oferta de otros materiales para manualidades.

El puntaje máximo que puede asumir este índice es de 10 puntos. En función del valor obtenido se establecieron los siguientes rangos normativos: 0-5 puntos: inadecuado; 6-8 puntos: regular; 9-10 puntos: adecuado.

Índice Recursos para la promoción del desarrollo infantil (niños de 25 a 72 meses): incluye tenencia de juguetes, existencia de libros infantiles, número de libros infantiles a disposición, tenencia de TV, tenencia de PC, tenencia de juegos electrónicos, asistencia a guardería / jardín, realización de actividades deportivas/ artísticas (extraescolares).

El puntaje máximo que puede asumir este índice es de 6 puntos. En función del valor obtenido se establecieron los siguientes rangos normativos: 0-2 puntos: inadecuado; 3 puntos: regular; 4-6 puntos: adecuado.

Índice Patrones de percepción de problemas sobre la Crianza, Alimentación, del Desarrollo Psicosocial y la de Salud infantil (0 a 24 meses) y (25 a 72 meses): incluye preocupación por problemas en la crianza de los niños pequeños, preocupación por problemas Alimentarios, preocupación por problemas de Salud, preocupación por problemas del desarrollo Psicosocial.

El puntaje máximo que puede asumir este índice es de 4 puntos. En función del valor obtenido se establecieron los siguientes rangos normativos: 0 puntos: Sin Preocupación; 1-2 puntos: Preocupación Moderada; 3-4 puntos: Alta Preocupación.

Además de los índices sintéticos, un recurso analítico utilizado para el análisis de los patrones de crianza fue la comparación de los mismos en función de tres atributos claves: el grupo etario, el nivel educativo máximo alcanzado de la madre informante y el estrato socioeconómico residencial del hogar.

Grupo etario

Para la determinación de los grupos etarios de las madres / informantes se estableció el corte de acuerdo a los criterios socio sanitarios aplicados por el Ministerio de Salud de la Nación (2013) en sus estadísticas vitales. Los rangos definidos refieren a: madres informantes adolescentes (14 a 19 años), jóvenes (20 a 24 años), adultas jóvenes (25 a 29 años), adultas (30 a 34 años) y añosas (35 y más años).

Aunque la edad de 14 años es considerada de riesgo para el embarazo, se incorpora en el rango con las madres

de hasta 19 porque representan un número ínfimo en el relevamiento para su tratamiento en particular. Asimismo los grupos de madres informantes jóvenes /jóvenes adultas y adultas podrían entenderse como un mismo grupo en función del ciclo biológico que comparten en términos de parámetros sin riesgo estándar.

Nivel educativo

Para la determinación de los grupos de nivel educativo se usó el criterio establecido por el Ministerio de Educación de la Nación (2012) en sus abordajes socioeducativos. Los rangos definidos refieren a: madres informantes sin instrucción o con primaria incompleta, madres/informantes con primaria completa o secundaria incompleta y madres /informantes con secundaria completa o más.

Estratos socioeconómicos residenciales (ESR)⁹

Para la determinación de los estratos socioeconómicos residenciales se utilizó la estrategia basada en los rasgos socioeducativos residenciales aplicados por el Barómetro de la Deuda Social Argentina de la UCA (BDSA, 2010). La operacionalización de este criterio se hizo sobre el marco muestral formado por los Radios Censales (Puntos Muestra),

⁹ En esta investigación se optó por construir un índice socioeducativo de anclaje territorial (ESR) en lugar de utilizar el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) debido a que los indicadores sobre NBI, que este índice provee, no mostraron diferenciaciones apreciables en la población abordada en función de su situación estructural particular al momento del relevamiento. Asimismo, el uso del ESR se funda en antecedentes que dan cuenta de que se trata de un descriptor pertinente de las probabilidades de vulnerabilidad socioeconómica (BDSA, 2010:266).

definiendo cinco tipos de estratos teóricamente relevantes de espacios residenciales. Los puntos de corte –basados en la representación de las modas de cada distribución– constituyeron una estructura socioeconómica de los siguientes estratos residenciales socioeducativos (ERS): 1) Radios de Clase Muy Baja / Baja (con proporción muy baja o baja de jefes de hogares con secundario completo o más); 2) Radios de clase Media Baja (con proporción media baja de jefes de hogares con secundario completo o más); 3) Radios de clase Media (con proporción media de jefes de hogares con secundario completo o más); y 4) Radios de clase Media Alta (con proporción alta de jefes de hogares con secundario completo o más). En términos operativos los puntos de corte de los porcentajes de hogares con jefes con educación secundaria completa o más para el punto muestra fueron las siguientes: ERS Muy Bajo (0% a 11%), ERS Bajo (12% a 27%), ERS Medio Bajo (28% a 46%), ERS Medio (47% a 64%), ERS Medio Alto (65% y más).

3. CARACTERIZACIÓN DE LOS HOGARES

TAL COMO SE planteó en la introducción y en el marco conceptual, si bien la crianza de los niños se ubica de manera privativa en el ámbito familiar, está definida –y depende en gran medida– del contexto macrosocial dentro del cual se inscriben las condiciones de vida de las familias. Para su aprehensión, dentro de la encuesta de *Crianza* se incluyeron un conjunto de variables de base¹⁰ destinadas a relevar información sobre aspectos sociodemográficos, ocupacionales y de vivienda, que permitieran una descripción global de la población estudiada e indagar la relación de alguna de ellas con los aspectos sustantivos vinculados a la crianza. Asimismo, complementariamente, los resultados primarios se compararon con los datos correspondientes al aglomerado Gran La Plata (GLP) relevados por la Encuesta Permanente

¹⁰ Los ingresos de los hogares no fueron relevados debido a la extensión de la encuesta de “Crianza” y a las condiciones que requiere su registro para garantizar la calidad del dato.

de Hogares en el último trimestre de 2005¹¹ (Ver Tabla 1). En su interpretación hay que tener en cuenta que la EPH es un relevamiento de información sobre mercado de trabajo urbano realizado sobre la población de hogares particulares en general y no centrado en aquellos con existencia de niños pequeños. En este sentido, el filtrado de los datos de la EPH en función de las características del relevamiento sobre crianza puede resultar condicionado a los fines comparativos, centralmente por la posibilidad de generar datos dispares en cuanto a volúmenes y/o variabilidad. Sin embargo, su uso está justificado en base a la inexistencia de otras bases de datos de similares características y porque su aporte permite acceder a algunos datos con consistencia importantes en términos analíticos.

¿Quiénes informaron sobre la crianza?

En el 90,5% de los 694 hogares encuestados, la informante fue la madre. Los padres representaron el 5,3% y los abuelos el 3%. La edad promedio de las informantes madres fue de 30,9 años con un desvío standard (DS) de 9,2.

3.1. Caracterización sociodemográfica

El tipo de hogar hallado en la muestra¹² fue de un 68% nuclear (madre, padre e hijos); un 15% extenso (nuclear con

¹¹ A fin de homologar ambos conjuntos, se consideraron hogares con similar etapa del ciclo de vida familiar a través del filtrado de la base usuario excluyendo a los hogares unipersonales y tomando como parámetro de inclusión, la edad promedio y el desvío standard de la informante/madre de la muestra objeto de estudio.

¹² Para el tipo de hogar, se adopta la nomenclatura utilizada en el Censo 1991 y retomada en el Censo 2001 (INDEC, 2003). En este trabajo se

otros familiares); un 8% monoparentales (madre o padre con hijos) y un 8% extensos incompletos (monoparental con otros parientes).

El promedio de miembros en ellos fue de 4,98 (con un desvío standard de 2). En proporciones, la mitad de los hogares relevados tenía hasta cuatro integrantes, un tercio tenía entre cinco y seis integrantes y el resto (17%) siete miembros o más. En el aglomerado Gran La Plata, los hogares mostraron menor tamaño promedio (3,5), distribuyéndose de la siguiente manera: con hasta 4 miembros un 68,9% y 31,1% los hogares de 5 miembros o más.

En cuanto a la cantidad de hijos menores de seis años, el 67% tenía un hijo menor de esa edad, un 23% con dos hijos en esa franja etaria y un 8% con tres.

Con respecto a la cantidad de hijos convivientes, el promedio fue de 2,62. El 58% de los hogares tenía hasta dos hijos (el 34% tenía sólo uno y casi una cuarta parte, dos), el 29% tres o cuatro, siendo 12,6% los hogares con cinco o más hijos.

Comparando con datos de otros estudios y considerando que se trata de mujeres alejadas de finalizar su etapa fértil, podemos afirmar que los resultados difirieron de las proyecciones que preveían –para el quinquenio 2005-2010¹³– un descenso a 2,3 hijos promedio.

utiliza indistintamente hogar y familia pese a reconocer que aluden a unidades diferentes: la primera se concibe como una unidad de producción y consumo, cuyos integrantes no necesariamente se encuentran ligados por lazos de parentesco, a diferencia de la segunda.

¹³ Estos valores esconden diferencias regionales. El promedio de hijos de las mujeres de 45 a 49 años, indicador de la fecundidad al final de la vida

El 94% del cónyuge/padres de los niños asistió a un establecimiento educativo. De éstos, un 8,2% no completó el nivel primario, un 22,7% lo completó, un 35,3% registró secundario (completo o incompleto) y sólo un 14,8% alcanzó algún estudio superior, completo o no. Sobre esto, los datos de la EPH mostraron un mayor nivel educativo promedio: quienes tenían primario incompleto son un 5,9%, con primario completo un 20,8%, un 36,6% alcanzaron el nivel secundario (completo o no) y el nivel terciario/universitario (completo o no) el 35,6%. (Tabla I).

Respecto a la escolaridad de la informante/madre, el 99% de las mismas manifestó haber asistido a la escuela. De ellas, el 10,4% presentaba estudios primarios incompletos, el 24,5% primario completo, un 43,7% secundario (completo e incompleto) y el 20,5% había realizado estudios superiores (completándolos o no)¹⁴. En línea con otros estudios, la relación del número de hijos y el nivel educativo de la madre arrojó diferencias altamente significativas (Tabla I), descendiendo el número promedio de hijos a medida que aumenta el nivel educativo máximo alcanzado. En concordancia con ello, algunos estudios llevados a cabo en 1997, por ejemplo, observaban que la proporción de mujeres con

fértil, permite observar que el bajo nivel educativo y la situación de pobreza se relacionan con niveles más elevados de fecundidad, situación que se ha registrado en todas las jurisdicciones (UNICEF-INDEC, 2000).

¹⁴ Comparando con los datos de la EPH, la población estudiada muestra menores niveles educativos. La EPH registra para el segundo semestre de 2005 un 5,5% con primario incompleto, un 14,5% con primario completo, 38,2% con nivel secundario (completo e incompleto) y 41,8% con terciario/universitario (completo e incompleto) (Tabla I).

menos de 3 hijos es creciente a medida que se incrementa el nivel educativo y el nivel de ingreso per cápita familiar (SIEMPro, 2000).

La importancia de la educación también se observa en la extensión de la misma en los miembros del hogar. Sobre un total de 422 hogares con hijos de 5 a 15 años (61% de los hogares encuestados), sólo un 4,7% presentó algún hijo dentro de ese rango de edad que no asistía a la escuela pese a tener edad de asistencia obligatoria a algún nivel de la educación general básica. Dicha situación se verificaba en el 0,6% de los hogares del GLP relevados por la EPH considerados como referencia para la comparación. De los hogares de la muestra con niños en edad de asistencia escolar que asistían o asistieron a un establecimiento educativo, en el 70% no se registró repitencia; en el 17,8 % repitió sólo un hijo y en el 9,5 % dos o más hijos.

3.2. Características ocupacionales de los padres

Respecto a la condición ocupacional¹⁵ de las informantes/madres, un 47% manifestó trabajar fuera de su casa, un 28% declaró no trabajar pero estar buscando trabajo (desocupada), mientras que un 25% no trabajaba ni buscaba trabajo (inactiva).

¹⁵ *Población ocupada*: conjunto de personas que tienen por lo menos una ocupación, es decir, que en la semana de referencia ha trabajado en una actividad económica.

Población desocupada: se refiere a las personas que, no teniendo una ocupación, están buscando activamente trabajo. Corresponde a desocupación abierta.

Población inactiva: personas que no tienen trabajo ni lo buscan activamente.

El 60% de quienes trabajaban fuera del hogar lo hacían en el sector informal.

Con relación a la categoría ocupacional de las mismas, se registró un 45,6% de empleadas, un 22,4 % de beneficiarias de programas estatales de empleo (principalmente, Programa Barrios Bonaerenses y Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados)¹⁶, un 14% manifestó trabajar en servicio doméstico, correspondiendo el mismo porcentaje a quienes trabajaban por cuenta propia. Las obreras, trabajadoras sin salario y patronas-empleadoras, suman un 4%.

Además, 71,3% trabajaba cinco o más días a la semana y, con relación a las horas semanales, 32% dedicaba entre tres y cinco horas diarias al trabajo fuera del hogar mientras que un 58% dedicaba seis horas o más al trabajo extradoméstico.

Por otro lado, el 68,3% carecía de beneficios sociales, aportes jubilatorios u obra social. Casi un tercio de las ma-

¹⁶ El Programa Barrios Bonaerenses estuvo destinado a atender la problemática laboral de sectores sociales de menores ingresos y con escasa o nula calificación laboral. Su inicio data de julio de 1997. A través del mismo, se subvencionaban proyectos de carácter productivo, de apoyo institucional o capacitación. Las subvenciones eran mensuales y variaban entre los \$120 y los \$700, dependiendo del tipo de proyecto.

En el año 2002 surge el Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados. Los requisitos de ingreso al mismo eran ser jefes o jefas de hogar con hijos de hasta 18 años de edad o discapacitados de cualquier edad, o cuando la cónyuge se hallare en estado de gravidez, todos ellos desocupados y conviviendo con el jefe de hogar, domiciliados en el distrito municipal y residentes en forma permanente en el país. Los beneficiarios recibían, sin distinciones, una transferencia dineraria por valor de \$150 mensuales por la cual debían realizar algún tipo de contraprestación.

A partir de ese momento, las subvenciones de ambos programas ser equiparan siendo de \$150.

dres que trabajaba fuera de su hogar (31,7%), contaba con tales beneficios.

En el conjunto de las mujeres/cónyuges del Gran La Plata relevadas por la EPH, se registra mayor proporción de ocupadas y menor de desocupadas: las primeras representaban un 63,6%, las segundas 8,2% y las inactivas 28,2% (similar al de la población estudiada). Con relación a las categorías ocupacionales, las asalariadas representaban un 60%, las cuentapropistas el 9,1% y las trabajadoras sin salario 1,8% (la categoría 'otros' es de 29,1%). De las ocupadas, quienes manifestaron poseer el Plan Jefes y Jefas de Hogar fueron el 3,3%.

Respecto de la condición ocupacional de sus compañeros/ padres de los niños, el 86% trabajaba, el 4% era desocupado y el 2% inactivo. Dentro de los ocupados, el 52% trabajaba en el sector informal.

En cuanto a la categoría ocupacional, el 61,4% se desempeñaba como empleado u obrero asalariado, el 15% como peón u obrero no calificado, un 20% alcanzaban los trabajadores por cuenta propia, 1,6% los beneficiarios de programas de empleo y 1,5% los patrones/empleadores.

Por otro lado, el 52,4% de los mismos carecía de beneficios sociales, aportes jubilatorios u obra social; sólo el 44,3% contaba con tales beneficios.

Los datos de la EPH para el aglomerado Gran La Plata, reflejaron que la condición de ocupación y la categoría ocupacional no difieren marcadamente de los datos anteriores: los jefes/varones ocupados son un 86,4%, los desocupados un 6,5 % y los inactivos un 7%.

Respecto a las categorías ocupacionales de los varones del Gran La Plata, la de asalariados se presenta con un porcentaje sensiblemente superior, alcanzando un 62,8%. Los trabajadores por cuenta propia se presentan en un 22,3% y los patrones/empleadores en un 6,6%. Sólo el 0,7% declaró ser beneficiario del Plan Jefes y Jefas de Hogar.

Con relación a la cantidad de miembros del hogar que trabajaban, se registra que en la mitad de los hogares estudiados trabajaba un integrante, en un 35,1% de los mismos lo hacían dos integrantes, siendo de 8,6 % los que poseían tres y más miembros ocupados. Los hogares que no tenían ningún perceptor de ingresos fue del 1,3%.

Los hogares con cuatro o más miembros dependientes por persona ocupada (indicador de NBI cuando se asocia a bajo nivel educativo del jefe ocupado), se presentan en el 42% de los casos. La media que arroja la muestra en la tasa de dependencia es de 3,57 (DS: 1.99).

Con relación al trabajo reproductivo en los hogares, el 48% de las informantes/madres planteó que no recibía colaboración en la crianza de los niños. En los casos en que ésta existía, los *abuelos* u *otros parientes* se mencionaron en un 21,3%, los *compañeros/padres* en un 20,2%, los *hijos más grandes* en el 5,4%, los *vecinos* en un 0,4%, mientras que un 3,3% expresó contar con la colaboración de *otros*. Los hogares que manifestaron contar con *servicio doméstico* para tal fin fueron el 1,4%.

3.3. Características de la vivienda

En lo que respecta a las viviendas de la población estudiada, se relevó que el 72% eran *casas*, el 21,4% *departamentos*

y el 5,3% *otros*. El 55% de los casos manifestaron ser propietarios del terreno y la vivienda, mientras que el 10,7% indicó ser sólo propietario de la vivienda. Un 12,7 % de las viviendas eran alquiladas, 16,7 % prestadas y 2,2% cedidas. En la EPH, las *casas* se presentaron en un 73,5%, los *departamentos* en un 25,1% y la categoría *otros* en un 1,3%.

El 81,7% de los hogares encuestados poseía agua corriente. En el 79% de las viviendas, la fuente de abastecimiento era interna. En el 19,5% que se ubicaba fuera de la vivienda, había un 4% que además se hallaba fuera del terreno. En la EPH, 88,1% posee agua corriente. De ellos, un 90,8% estaba conectado dentro de la vivienda y un 9,2% fuera.

Respecto de las instalaciones sanitarias de los hogares estudiados, el 88% de las viviendas disponía de baño en su interior. De éstas, en un 77% se registró que el inodoro tenía descarga de agua. Los datos de la EPH arrojan que en el Gran La Plata las viviendas con baño dentro de la vivienda eran el 93,7%, de las cuales un 84,9% presentaba además inodoro con descarga de agua.

El 41,5% de las viviendas contaba con sistema de cloaca para eliminar las aguas servidas, el 38,2% lo hacía a pozo ciego con cámara séptica y un 15% a pozo ciego sin cámara séptica. Para el Gran La Plata la EPH relevó que la eliminación de aguas servidas a cloacas se presenta en un 56,4 %, a cámara séptica y pozo ciego en un 30,2% y sólo a pozo ciego en un 13,3%.

Puede visualizarse que, comparando con los datos de la EPH, los hogares estudiados registraron condiciones más desfavorables.

Del total de hogares encuestados, la mitad dispone en su vivienda de dos habitaciones para dormir, el 22,4% posee sólo una, el 22% cuenta con tres y el resto más de tres.

El hacinamiento, definido como la existencia de más de tres personas por habitación disponible destinada a dormir (INDEC, 2010), se hace presente en un 21% de los hogares encuestados, frente a un 9.1% en los hogares del Gran La Plata relevados por la EPH.

3.4. Comparación con la Encuesta Permanente de Hogares (EPH/INDEC).

A continuación se analizan las diferencias de las variables arriba comentadas sobre la población estudiada en función de los valores estimados por la Encuesta Permanente de Hogares para los hogares del Aglomerado del Gran La Plata (EPH/INDEC, octubre 2005) (Tabla 1).

De la información presentada, merece destacarse que los resultados abonan las observaciones realizadas por el Observatorio de la Maternidad (2011): en 2006 las mujeres y los hombres que conviven con hijos tienen cinco y cuatro veces más probabilidades de vivir en condiciones de pobreza que aquellos que no viven con hijos; las madres tienen cinco veces más probabilidades de padecer pobreza que las mujeres sin hijos. Asimismo, las mujeres muestran condiciones laborales más desfavorables pese a tener mejores niveles educativos que sus cónyuges.

- √ El tamaño promedio del hogar de la población de la muestra fue superior en 0,8 miembros respecto al encontrado en los hogares del Gran La Plata.

- ✓ La escolaridad de las informantes/madres de la muestra arrojó diferencias acentuadas respecto de los datos del GLP de la EPH, presentándose una brecha de 21,3 puntos en el nivel de estudios superiores (terciario/universitario).
- ✓ En cuanto al nivel educativo de los cónyuges/padres, el mismo muestra ser inferior al de las informantes y presenta también una marcada diferencia respecto a los datos de la EPH en lo referente a los estudios superiores (inferior en 20,8 puntos).
- ✓ Asimismo, los hogares estudiados presentan una mayor proporción con algún hijo entre 5-15 años que no concurría a un establecimiento educativo: 4,7% vs. 0,6%.
- ✓ En cuanto a la condición ocupacional de las informantes/madres, la muestra registró cierta diferencia con los datos proporcionados por la EPH en cuanto a la menor proporción de ocupadas (16,6 puntos) y una diferencia más acentuada –20 puntos más– respecto a las desocupadas, siendo similares los porcentajes de las inactivas. En lo que respecta a la categoría ocupacional, hay una mayor proporción en la muestra de trabajadoras *cuentapropistas* respecto a la EPH y un menor porcentaje de *obreras/empleadas*. La brecha mayor se registra en las que trabajan en programas estatales de empleo, teniendo mayor peso en las mujeres de los hogares estudiados.
- ✓ En cuanto a los cónyuges/padres, los ocupados de la muestra y de la EPH presentaron similares porcentajes

(85,9% vs 86,4%) y diferencias menores en relación a los desocupados, incidiendo la inactividad más marcadamente en los hogares relevados por la EPH. La distribución en las ‘categorías ocupacionales’ muestran una tendencia similar en ambos grupos en las categorías *cuenta propia* y *obreros/empleados*, presentándose mayor proporción en la EPH de *patrones/empleadores*.

- √ Los trabajos desempeñados por la mitad de los cónyuges de las informantes y casi el 70% de éstas carecían de beneficios sociales, mientras que la población ocupada del GLP en estas condiciones –tanto jefes como cónyuges– rondaba una cuarta parte.
- √ En lo que hace a la calidad de las viviendas, al índice de hacinamiento y a las condiciones sanitarias, la muestra en estudio registró condiciones más desfavorables que la muestra del GLP relevada por la EPH.

3.5. Anexo Apartado 3

Tabla I

<i>Variable</i>	Población estudiada	EPH
Hogares de hasta 4 personas	50%	68,9%
Tamaño del hogar promedio	4,9	3,5
<i>Escolaridad de madres/mujeres cónyuges</i>		
Hasta nivel primario completo	34,9%	20%
Secundario (incompleto y completo)	43,7%	38,2%
Terciario/Universitario (incompleto y completo)	20,5%	41,8%
<i>Escolaridad de padres/cónyuges</i>		
Hasta nivel primario completo	30,9%	26,7%
Secundario (incompleto y completo)	35,3%	36,3%
Terciario/Universitario (incompleto y completo)	14,8%	35,6%
Hogares con hijos el 5 y 15 años no escolarizados	4,7%	0,6%
<i>Trabajo madres/mujeres cónyuges</i>		
Ocupadas / Desocupadas / Inactivas	47 % / 28% / 25%	63,6% / 8,2% / 28,2%
Asalariadas (empleadas/obreras)	45,6%	60%
Cuenta propia	14 %	9,1%
Beneficiarias del Programa de Empleo Estatal	22,4%	3,3%

Trabajo padres/cónyuges

Ocupados / Desocupados / Inactivos	86% / 4% / 2%	86,4% / 6,5% / 7%
Asalariados (obreros y empleados)	61,4%	62,8%
Trabajadores por cuenta propia	20%	22,3%
Beneficiarios de Programa de Empleo Estatal	1,6%	0,7%

Características habitacionales

Casa/departamento/otro tipo de vivienda	72% / 21,4% / 5,3%	73,5% / 25,1% / 1,3%
Hacinamiento	21,1%	9,1%
Promedio de personas/habitación	2,6	1,6
Servicio sanitario dentro de la vivienda	88%	93,7%
Sanitarios con descarga de agua	76,9%	84,9%
Cloaca	41,5%	56,4%
Pozo ciego con cámara séptica	38,2	30,2
Pozo ciego sin cámara séptica	14,7%	13,3%
Disponibilidad de agua corriente	81,7%	88,1%
Conexión de agua dentro de la vivienda	79,2%	90,8%

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta sobre Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA y EPH – INDEC (datos al 4to trimestre 2005).

4. CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO

LOS CUIDADOS DURANTE el embarazo constituyen parte importante de la salud reproductiva de las mujeres. Además de ser parte significativa de su ciclo vital inciden en sus posibilidades de desarrollo personal y social, y en el de la sociedad en su conjunto.

Hay que tener en cuenta la influencia que en ello tienen las desigualdades socioeconómicas, que se traducen en valores, prácticas y proyectos de vida que naturalizan desiguales posibilidades de elección, de tomar decisiones, acceder y controlar recursos, etc. Asimismo, es importante reconocer que en el espacio de la sexualidad y la reproducción, las mujeres aún se encuentran subordinadas (Faur y Gherardi, 2005; Checa, 2005; CELS, 2005; Petracci y Ramos, 2006; Schuster y García Jurado, 2006).

Con relación a esto, y a manera de contextualización, el Observatorio de la Maternidad (Lupica y Cogliandro, 2007a)¹⁷

¹⁷ Se basan en el procesamiento de datos de los principales aglomerados urbanos del país; Encuesta Permanente de Hogares-INDEC, segundo semestre de 2005.

encontró que del total de las mujeres-madres, de las cuales el 54,5% residía en el Gran Buenos Aires, el 36,6% estaba en situación de pobreza y de ellas el 12,9% vivía en hogares indigentes.

El nivel educativo de las madres incide en la crianza, desarrollo físico, intelectual y emocional de sus hijos: más de la mitad de las madres que vive en los principales aglomerados urbanos de la Argentina tenía bajo nivel educativo (el 6,5% no completó el primario y el 44,9% completó el primario pero no el secundario) y la mayoría no había completado los 12 años de estudio que se consideran como mínimos para acceder a un trabajo con ciertos beneficios, que les permita mejorar el bienestar familiar.

En promedio tenían 2,5 hijos y encontraban, lo mismo que nuestro estudio, que a mayor nivel educativo, mayor probabilidad de tener menos hijos: las madres con mayor nivel educativo –universitario o terciario completo– tenían en promedio dos hijos menos que las mujeres con menor nivel educativo –hasta primario incompleto–, 2,0 vs. 3,7 hijos por mujer, respectivamente.

Asimismo, y relacionado con el nivel educativo, la situación de pobreza se relacionó con el número de hijos: mientras las madres no pobres tenían en promedio 1,6 hijos, las madres en situación de pobreza 3,3 hijos y las que se encontraban en situación de indigencia tenían 3,7 hijos, es decir dos hijos más que las no pobres. Las autoras observaron que a medida que aumenta el número de hijos, aumentaba la probabilidad de que las madres dejaran de participar en el mercado de trabajo.

La edad promedio en la que estas mujeres tuvieron su primer hijo fue de 23,3 años. Sin embargo, se observó que en las que tuvieron su primer hijo en el último año y medio (2004 y primer semestre de 2005), la edad promedio se elevaba cuatro años, alcanzando los 27,4 años de edad. También observó que las madres representaban una proporción mayor entre el total de mujeres de entre 30 y 40 años de edad que lo que aparecía en el total de mujeres de 14 a 29 años: 74,6% vs. 19%. Estos datos refuerzan la hipótesis del retraso de la edad en que en la actualidad las mujeres son madres, reflejando cambios en los patrones de la maternidad, ya que actualmente el proyecto de vida de una mujer no se centra solamente en ser madre, sino también en su profesión y trabajo (Lupica y Cogliandro, 2007a).

Ahora bien, la edad en que una mujer tiene su primer hijo está relacionada con su nivel socioeconómico y educativo: en promedio, las madres en situación de pobreza tienen su primer hijo 3 años antes que las madres no pobres –21,1 años vs. 24,3–, mientras que las madres en situación de indigencia lo hacen cuatro años antes: 20,6 años. Las madres con mayor nivel educativo –universitario o terciario completo– tienen su primer hijo seis años más tarde que las madres con menor nivel educativo –primario incompleto–, 27,5 años vs. 21,1.

Uno de los problemas que se plantea recurrentemente se relaciona con los embarazos de las mujeres adolescentes –menores de 20 años–, en tanto los riesgos tanto para la madre como para el niño, aumentan (Ministerio de Salud

de la Nación, 2002). Sin embargo diversos estudios (Gogna 2003, 2005; Adaszko, 2005; Pantelides, 2005; Climent y Arias, 2000, Marcús, 2006) que exploran la problemática de la salud adolescente afirman que los riesgos para la salud materno-infantil se han sobredimensionado, especialmente en el caso de las madres de 18 y 19 años que son las que concentran la mayor proporción dentro del conjunto (UNICEF/INDEC, 2003; Adaszko, 2005), derivándose tales riesgos más de la condición social que de la edad.

En apoyo de este planteo, Lupica y Cogliandro (2007b)¹⁸ concluyen que vivienda, educación y cobertura de salud indican que la mayoría de las madres adolescentes son pobres.

Es importante tener en cuenta que en nuestro país, la tasa de fecundidad adolescente tardía (15 a 19 años), registra un descenso desde un 78.3 por mil en 1980 a 62.2 por mil en el 2001 (Binstock y Pantelides, 2005), con variaciones entre regiones. No obstante, el porcentaje que representan los nacimientos de mujeres adolescentes sobre el total de nacimientos subió del 10,9% en 1960 al 14,8 en 2001, destacándose como tendencia la estabilidad de muchas parejas y la búsqueda del embarazo. Datos más recientes (UNICEF/SAP, 2009) indican que en 2007, en el país el porcentaje de madres menores de 20 años era de 15,8% y de 13,8 % en la Pcia. de Buenos Aires, habiendo aumentado respecto de 2005.

¹⁸ Basadas en datos del 2° semestre de 2005 de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Son especialmente las adolescentes pobres quienes presentan más dificultades en acceder a información y a recursos anticonceptivos, con consecuencias en los embarazos no buscados y los abortos inducidos (Gogna, 2003).

Según un estudio del Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM, 2005 cit. por INFOBAE, 2008), **6 de cada 10 madres adolescentes argentinas no planificó su embarazo. En el mismo informe**, Bianco señala que el número de embarazos en las menores de 15 años se incrementó en los últimos 10 años, duplicándose desde 1990 la fecundidad del grupo de 10 a 14 años por el descenso de la edad de iniciación sexual, que se ubica entre los 13 y los 15 años (cit. por INFOBAE, 2008).

Más allá de la edad, se plantea que el riesgo para la salud de las embarazadas y los problemas durante el parto aumenta si los nacimientos son muy seguidos. Para los niños pequeños, el embarazo de sus madres y el nacimiento de un hermano representa muchas veces la interrupción de la lactancia y menor dedicación de la madre por el menor tiempo que dispone, entre otras cosas. Un menor intervalo aumenta las posibilidades de nacimientos prematuros, y/o con bajo peso. El bajo peso al nacimiento implica, a su vez, mayor probabilidad de crecer menos, y mayores riesgos de morbi-mortalidad en el primer año de vida (Schwarcz, 1999).

Para la mujer, además del espaciamiento, el número de hijos aumenta los riesgos de anemia y hemorragias.

En términos generales las normativas consideran que un adecuado y eficaz control del embarazo debe ser: *oportuno*

(efectuado en el primer trimestre del embarazo); *periódico* (si bien la frecuencia variará de acuerdo al riesgo, en los embarazos sin complicaciones se recomienda un control mensual); *completo* (las acciones del control deben incluir prevención, promoción, protección, atención, recuperación); *de amplia cobertura* (que llegue a todas las mujeres embarazadas a fin de evitar morbilidad materno-infantil) (Schwarcz, 2001).

En cuanto a las normativas de salud, está pautado que durante todo el embarazo se realicen al menos cinco controles¹⁹. Las consultas tardías o insuficientes incrementan significativamente el riesgo de tener complicaciones.

Durante el control del embarazo o control prenatal se evalúa la evolución del embarazo, el estado nutricional y de salud y se prepara a la mujer para el momento del parto y la lactancia.

La desnutrición de la madre puede producir disminución en el peso de nacimiento del niño y es importante recalcar que el bajo peso al nacer es la principal causa asociada a la mortalidad neonatal (desde el nacimiento hasta los 45 días de vida) (Schwarcz, 1999).

Una embarazada con sobrepeso también debe ser evaluada con mayor frecuencia, vigilando que el aumento de peso se mantenga dentro de los límites previstos para este grupo. Tanto la desnutrición como la obesidad en embarazadas requieren una frecuencia de controles de un embarazo de alto riesgo (8 a 9 controles como mínimo) (Calvo et al., 2009).

¹⁹ Algunos embarazos necesitan más cuidados que otros pero esto sólo es posible saberlo si se realiza un adecuado control.

Sin embargo hay que tener en cuenta que pese a su medicalización en pos de la salud de la madre y el niño, el embarazo no es una enfermedad. Es una etapa en la vida de la mujer y de la familia que necesita cuidados especiales y en la cual la orientación y las recomendaciones a la embarazada son fundamentales para su bienestar, el de su hijo y el de su hogar. Así, por ejemplo, las mujeres embarazadas necesitan alimentarse mejor y descansar más durante el embarazo. Si la embarazada no dispone de una adecuada alimentación, es frecuente que presente anemia por falta de hierro. Según datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud relevada durante los años 2004-2005, la prevalencia de anemia en las mujeres embarazadas en Argentina era de 30,5% (Ministerio de Salud de la Nación-ENNyS, 2007). La dieta habitual, aunque sea buena, es incapaz de proveer los requerimientos necesarios de hierro durante esta etapa de mayor demanda de nutrientes, es por ello que la suplementación medicamentosa con sulfato ferroso más ácido fólico durante el segundo y tercer trimestre del embarazo constituye una indicación de salud que se ha establecido en nuestro país y en otros países, independiente del nivel de hemoglobina de la embarazada (Calvo et al., 2009). El riesgo de que el niño tenga bajo peso al nacimiento y de que se produzcan complicaciones durante el parto es mayor en las mujeres anémicas. La anemia produce cansancio y fatiga durante el embarazo y puede provocar hemorragia en caso de cesárea (Ministerio de Salud de la Nación/UNICEF, 2001).

Otro cuidado que la mujer y su entorno deben tener durante el embarazo, se vincula con el conocimiento, la valoración y la preparación para la lactancia materna. Las embarazadas necesitan ser motivadas y para ello deben estar informadas sobre los beneficios de la lactancia y sobre las técnicas de amamantamiento.

Finalmente, aunque no se hayan presentado signos de alarma durante el embarazo pueden ocurrir problemas serios durante el proceso de parto, por eso, se recomienda que los nacimientos sean institucionales con la asistencia de personal capacitado. Los mismos debieran observar las pautas de *Maternidad Segura y Centrada en la Familia*, evitando el uso rutinario de prácticas y procedimientos que no tengan fundamento científico y la utilización de fármacos innecesarios; respetando la privacidad, confidencialidad y dignidad de la parturienta; fomentando la internación conjunta de la madre y el niño a fin de fortalecer el vínculo madre-hijo (Larguía et al., 2006; OPS/OMS, 2008; UNICEF, 2011).

Luego del parto, la mujer debe seguir con cuidados especiales en su casa durante un tiempo y volver a control a los 7 días del parto (puerperio mediato) instancia en la que además del control de salud, constituye el momento oportuno para realizar consejería sobre anticoncepción (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2001).

Estas consideraciones constituyen el encuadre a partir del cual se analizan e interpretan los hallazgos del estudio.

Los aspectos sobre la salud de las mujeres durante el período reproductivo que se desarrollan a continuación se

relacionan con la fecundidad, la edad al primer embarazo, el control y los cuidados durante el embarazo y el control posparto.

A continuación se describirán los resultados en las variables analizadas y su relación con otras (tales como la edad, el nivel educativo de las madres y el ESR) que consideramos pueden explicar heterogeneidades al interior del grupo, comparando con resultados de otros estudios. Luego se presenta el Índice “Cuidados durante el embarazo y posparto” que sintetiza algunas variables descriptas en la metodología.

4.1. Embarazo

Edad de las madres y número de embarazos

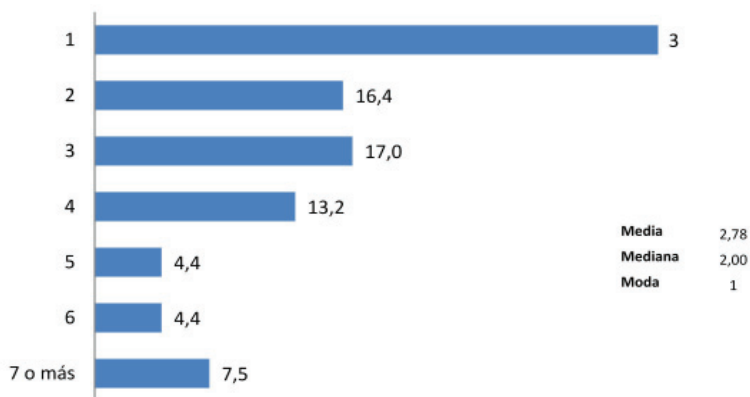
Del total de 159 mujeres con niños entre 0 y 12 meses de edad, un 15,7% tenía menos de 20 años y un 18,2% entre 20 y 24 años. Casi tres de cada diez (27%) tenía entre 25 y 29 años y, el 39%, 30 años y más. El 12% presenta muy bajo nivel de instrucción (hasta primaria incompleta) y la mitad había culminado el nivel primario pero no el secundario. En consonancia con este dato, la mayoría (78,6%) pertenecía a hogares que corresponden al estrato socioeconómico-residencial bajo (Tabla 2a).

Poco más de la mitad de las mujeres (54%) tuvo entre uno y dos embarazos, el 30% entre tres y cuatro y el 16% cinco o más (Figura 4.1). El promedio de embarazos de las mujeres que tenían algún hijo menor de 12 meses es de 2,8 con un DS de 2,1.

En cuanto a la edad, existe una clara tendencia que refleja: mayor cantidad de embarazos a medida que aumenta edad.

Sin embargo, esta situación es diferencial si se la analiza a la luz del nivel educativo y el ESR: aquellas con muy bajo nivel de instrucción habían tenido un mayor número de embarazos. Por caso, mientras que el número de 5 o más embarazos se dio en el 43,8% de las mujeres sin instrucción o con primaria incompleta, esta proporción decayó al 19,1% entre las que detentan primaria completa y/o hasta secundaria incompleta, y es nula entre las mujeres con secundaria completa o más. En esta misma línea 5 o más embarazos se dio en el 17,6% de las mujeres de ESR Bajo | Medio Bajo y en el 8,8% entre las de estrato Medio Medio | Medio Alto. Es decir, los estratos inferiores duplican proporciones de 5 o más embarazos que los superiores. (Tabla 2b)

Figura 4.1. Número de embarazos



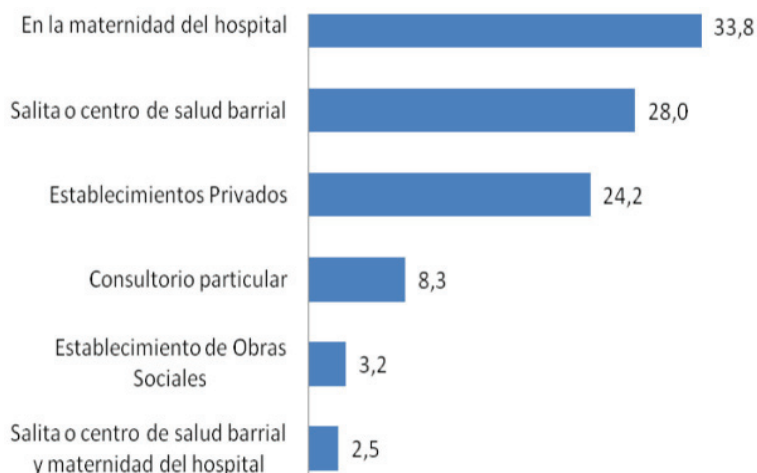
Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC-PBA. Total de casos 159.

Control del embarazo y lugar de control

Casi la totalidad de las mujeres encuestadas (99%), controló su último embarazo. Según el análisis de la EPH (Lupica y Cogliandro, 2007a) a fines de 2005 el 43,5% de las madres de los principales aglomerados urbanos del país carecía de cobertura médica (no tenía obra social ni medicina prepaga) y dependía del sistema público de salud para su asistencia y atención médica, situación que se registraba en el 88% de las madres pobres y en el 90,7% de las madres indigentes. En las no pobres, esa proporción descendía al 26,4%. (Tabla 2b). Esta situación aparece en el 47% de las mujeres encuestadas. El 62% se controló en servicios públicos: el 34% en la maternidad del hospital y el 28% en el centro de salud barrial. Un tercio lo hizo en servicios privados y un 3% en servicios de la obra social (Figura 4.2).

En todos los grupos de edad, al menos la mitad de las mujeres recurren a servicios públicos, siendo las menores de 20 años quienes lo hacen en mayor proporción, alcanzando al 76%. Son las mujeres mayores de 30 años, las que tienen niveles educativos superiores y pertenecen al ESR medio/alto, en las que se eleva el porcentaje de control en servicios privados. (Tabla 2b)

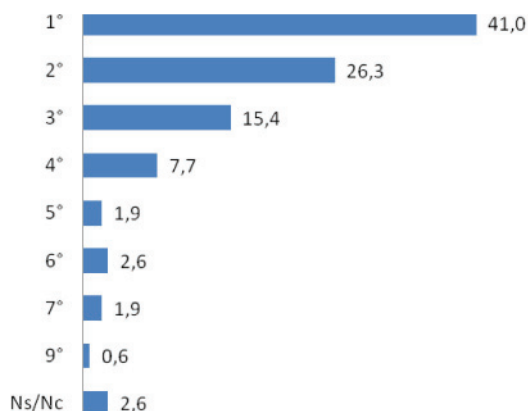
Figura 4.2. Lugar de control del embarazo



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC-PBA. Total de casos 159.

El 83% comenzó a controlar su embarazo durante el primer trimestre (Figura 4.3.). Son las mujeres con menor nivel educativo las que, en mayor proporción, inician el control del embarazo tardíamente.

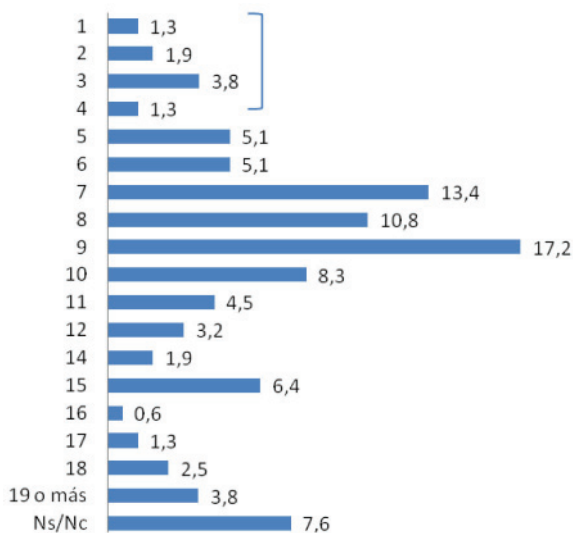
Figura 4.3. Mes de inicio de control del último embarazo



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC-PBA. Total de casos 159.

Respecto al número de controles, el 84% tuvo cinco y más controles (Figura 4.4.), siendo las menores de 20 años las que más se alejan del valor promedio: el 76% realizó la cantidad de controles indicados. Similar porcentaje aparece en quienes tienen muy bajo nivel educativo. (Tabla 2b)

Figura 4.4. Número de controles del último embarazo



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC-PBA. Total de casos 159.

Combinando ambas normativas (oportunidad y cantidad de controles), se observa que sólo el 59% controló su embarazo antes del tercer mes y tuvo cinco o más controles (85/143). Este porcentaje se eleva al 76% (109/143) si consideramos a quienes respondieron que el primer control lo realizaron al tercer mes de gestación. Cabe agregar que se observa una relación significativa entre oportunidad y cantidad de controles: quienes lo controlaron antes del tercer mes tienen mayor cantidad de controles y quienes iniciaron el control luego del tercer mes presentan un menor número de controles.

Las variables edad, nivel educativo y ESR también arrojan diferencias estadísticamente significativas, abonando la ten-

dencia encontrada en numerosos estudios. En este sentido el número de controles es alto y tiende a darse con mayor presencia en las madres no primerizas, en los niveles educativos y ESR más altos (Tabla 2b)

Edad al primer embarazo

La maternidad adolescente es un fenómeno que responde a diversos factores vinculados con la sexualidad y con las posibilidades de acceso a métodos anticonceptivos y de conocimientos sobre su uso adecuado. Estos factores se relacionan con la pertenencia social y el nivel educativo de las jóvenes. A nivel nacional, la proporción de hijos nacidos vivos de madres menores de 20 años indica una evolución del 13,5% del total de los nacimientos en 1980, al 14,9% en 1991 y al 16,2% en 1998 (UNICEF/INDEC, 2000), descendiendo a 15,5% en 2008 (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). Es decir que de cada 10 niños nacidos en 2008, 1,5 era hijo de una adolescente, con gran vulnerabilidad si pertenecen a sectores pobres. Ahora bien, la tasa de fecundidad adolescente²⁰ en la Argentina y en la Pcia. de Buenos Aires, marca la siguiente tendencia: 31,8 y 25,7 respectivamente en 1995, aumentando a 31,9 y 27,2 en 2005, observándose en 2007 otro incremento: 32,5 a nivel nacional y de 29,8 a nivel provincial (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)²¹. Es decir, en términos absolutos no ha disminuido, más bien

²⁰ Número de nacidos vivos registrados en las adolescentes en un período determinado y en una zona geográfica determinada sobre el total de adolescentes de la zona geográfica dada en mitad del mismo año, por mil.

²¹ Una encuesta realizada durante 2010-2011 en adolescentes de 14 a 19 años escolarizadas observa que el 13% estuvo alguna vez embarazada, in-

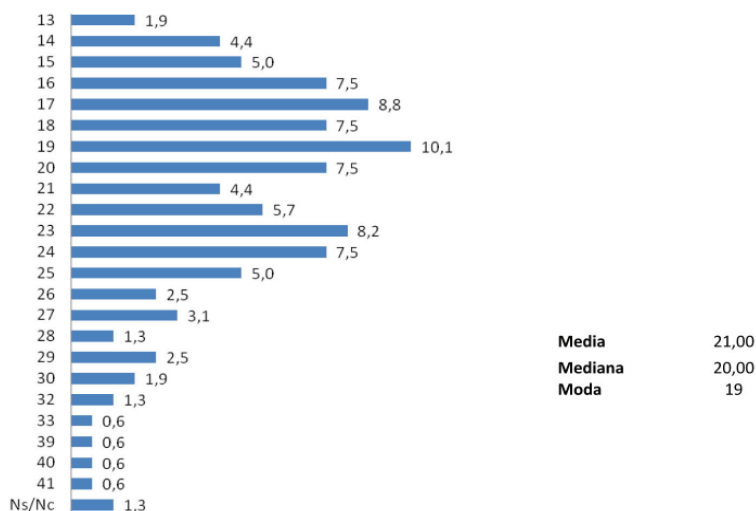
ha aumentado la cantidad de adolescentes que son madres aunque su participación dentro del total de nacidos vivos sea estable o haya disminuido en algunos períodos.

En cuanto a la *edad de las mujeres en el primer embarazo*, el 46% de ellas tuvo su primer embarazo antes de los 20 años, el 33% entre los 20 y 24 años y el 21% a edades superiores (Figura 4.5). La edad promedio al primer embarazo, en nuestra encuesta, fue de 21,0 con un DS de 5,2.

Nuevamente –y en consonancia con otros estudios– el nivel educativo de las mujeres se relaciona con la edad al primer embarazo: el 68,8% de las que tienen muy bajo nivel educativo tuvieron su primer embarazo antes de los 20 años, situación que se registró en el 17,6% de las que tienen al menos secundaria completa. También el ESR guarda relación directa con la edad al primer embarazo más temprano en los niveles ESR más bajos. En efecto, mientras que el 52% de las mujeres en el nivel ESR más bajo tuvieron su primer embarazo entre los 14 a 19 años, esta proporción se reduce al 20,6% en el ESR más alto. (Tabla 2b)

ciendo más marcadamente a medida que aumenta la edad y disminuye el nivel socioeconómico (Unicef y Fundación Huésped, 2012).

Figura 4.5. Edad al primer embarazo



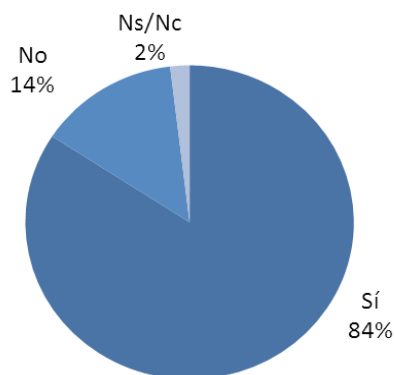
Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC-PBA. Total de casos 159.

Recepción de hierro/vitaminas durante el embarazo

La contribución del sector salud al *fortalecimiento nutricional de las embarazadas*, muestra que el 84% recibió hierro y/o vitaminas durante el control de su último embarazo, habiendo un 13% que refiere no haber recibido ese suplemento y una minoría que hizo caso omiso de las indicaciones (Figura 4.6.)²².

²² Vale aclarar que no fue relevada otra información referida a cuidados alimentarios durante el embarazo debido a que en trabajos anteriores la información recabada mostró un perfil de conocimientos adecuado respecto de las necesidades nutricionales durante esta etapa. Nos referimos por ejemplo –entre otros– a la Evaluación de Impacto del Plan Más Vida (Línea de Base), realizado sobre una muestra de hogares pobres (Rodrigo et al., 2008).

Figura 4.6. Recepción de hierro y/o vitaminas durante el embarazo

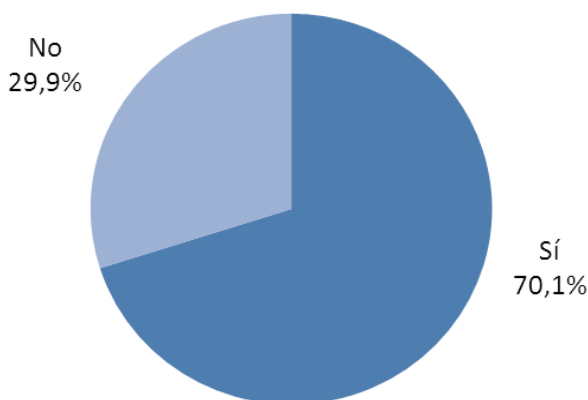


Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC-PBA. Total de casos 159.

Ayuda doméstica durante el embarazo

En cuanto al *apoyo familiar*, el 70,1% de las mujeres refirió que, durante el embarazo, recibió colaboración en las tareas domésticas (Figura 4.7.), incidiendo más marcadamente en las menores de 20 años (84%) y en las de menor nivel educativo (75%). De las que recibieron colaboración, la mayoría (88,2%) consideró haber recibido mucha ayuda (Figura 4.8).

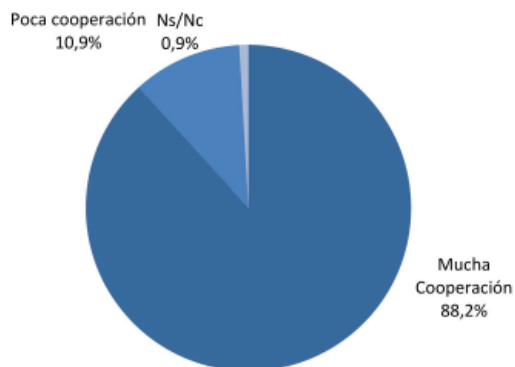
Figura 4.7. Existencia de cooperación en las tareas del hogar durante el embarazo



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC-PBA. Total de casos 159.

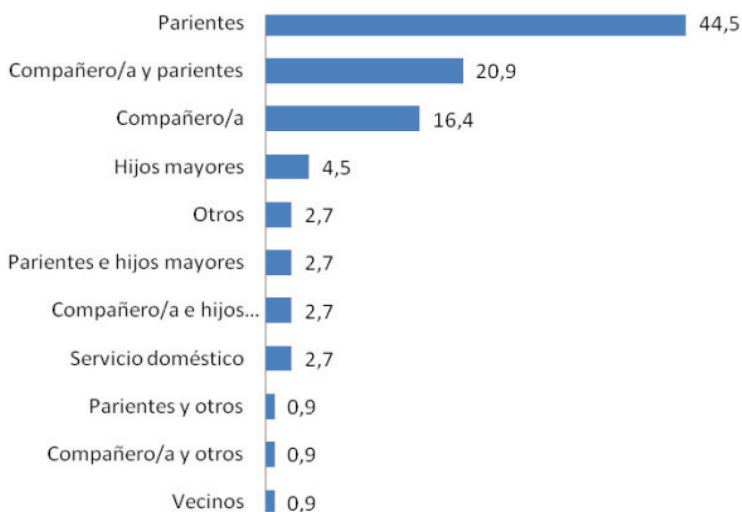
Las personas que ayudaron a las mujeres durante su embarazo fueron en el 44% parientes, en el 16% su cónyuge, en el 5% hijos, 3% servicio doméstico y el 21% parientes y cónyuges (Figura 4.9). Los parientes predominan en las menores de 20 años y los cónyuges en las de 20 a 34 años. Los hijos son mencionados por las que tienen 30 y más años. (Tabla 2b)

Figura 4.8. Grado de cooperación en las tareas del hogar durante el embarazo



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC-PBA. Total de casos 159.

Figura 4.9. Personas que cooperaron durante el embarazo



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC-PBA. Total de casos 159.

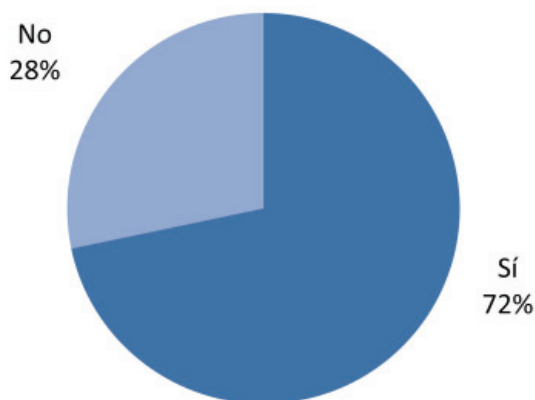
4.2. Control posparto

Control posparto

El 72% realizó control post-parto en servicios de salud (Figura 4.10.) De las que realizaron controles, el 67% lo hizo dentro de los diez días después del parto (Figura 4.11.)²³.

Considerando a quienes no realizaron control o lo hicieron tardíamente, sólo la mitad de las mujeres tuvieron un adecuado control posparto. El nivel educativo de las mujeres se relaciona de manera significativa con el adecuado control posparto, no así la edad ni el ESR. En el caso de la edad, se registra una mayor proporción (78%) de menores de 20 años que realizaron un oportuno control posparto y menor (casi el 60%) en las de 30 y más años. (Tabla 2b)

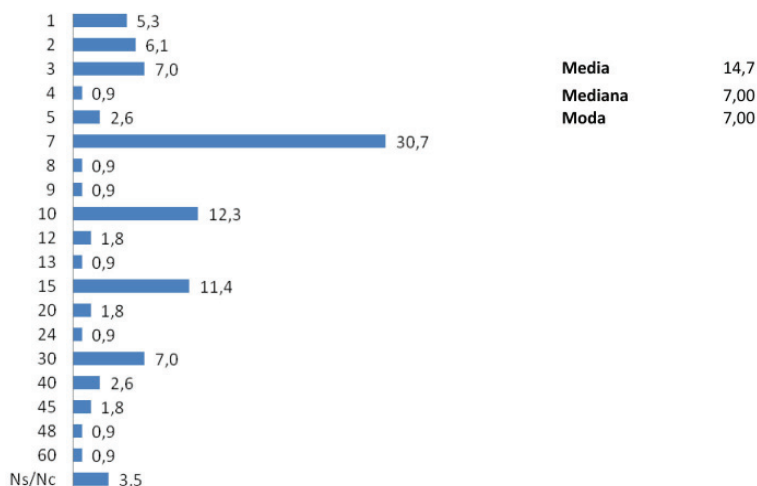
Figura 4.10. Realización de control posparto



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC-PBA. Total de casos 159.

²³ Considerando las dificultades de acceso a los servicios públicos de salud de las púerperas, ampliamos a 10 el plazo de 7 días de control posparto establecido como norma.

**Figura 4.11. Oportunidad del control post-parto
(días posteriores al parto)**



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC-PBA. Total de casos 159.

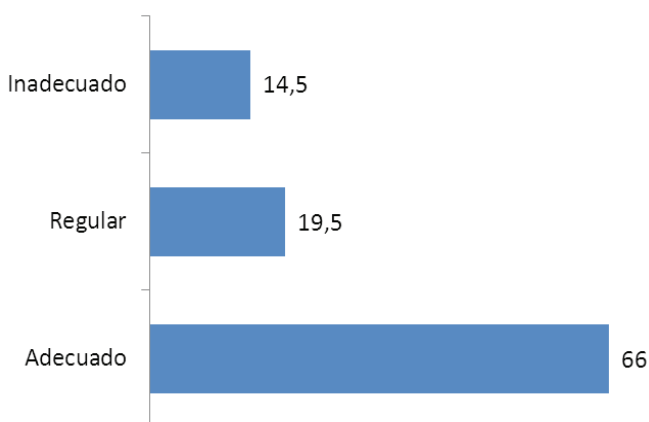
4.3. Índice salud reproductiva

Dentro de este índice se ponderaron algunas de las variables presentadas previamente, a saber: oportunidad del primer control del embarazo, número de controles, control postparto y oportunidad del mismo, recepción de hierro y/o vitaminas, ayuda especial de otros en tareas del hogar durante el embarazo. Para su análisis, los valores fueron dicotomizados en función de la adecuación —o no— de las prácticas que expresan las normativas vigentes. Así, el puntaje máximo en este indicador es de 5 puntos, lo que significa que todas las prácticas llevadas a cabo son adecuadas. Con base en él, se definieron tres categorías: prácticas adecuadas (concentran 4 y 5 prácticas con puntajes positivos); prác-

ticas regulares (corresponden a los casos que presentan 3 prácticas positivas); prácticas inadecuadas (presentan sólo hasta 2 prácticas con puntaje positivo).

A partir de este procedimiento dirigido a realizar una categorización global, obtenemos, para el caso del Índice Integrado *Cuidados del embarazo y posparto*, que el 66% de las mujeres tuvo cuidados adecuados (Figura 4.12).

Figura 4.12. Índice salud reproductiva



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC-PBA. Total de casos 159.

Del conjunto de variables, las que arrojaron una mayor proporción de respuestas adecuadas son aquellas relacionadas con la oportunidad y el número de controles de embarazo mientras que el control postparto representó la variable con menor proporción de prácticas adecuadas. Las categorías del índice: *adecuado control reproductivo*; *regular control reproductivo*; *inadecuado control reproductivo* mostraron

relación estadísticamente significativa con el nivel educativo materno y con el ERS. (Tabla 2b)

4.4. Síntesis de los resultados

De la información analizada en este apartado, es importante señalar que:

- √ El inicio de los embarazos durante la adolescencia representó la situación de casi la mitad de las mujeres encuestadas: el 45% tuvo su primer embarazo antes de los 20 años.
- √ El promedio de embarazos fue de 2,76, elevado si se considera que las mujeres encuestadas están alejadas de finalizar la etapa fértil.
- √ La casi totalidad de las mujeres controló su último embarazo pero en el 75 % fue adecuado, incluyendo en esta valoración la articulación entre oportunidad (3 meses de embarazo o menos) y cantidad de controles (5 o más).
- √ Un aspecto que merece destacarse refiere a que la mayoría de las mujeres recibió hierro y/o vitaminas como suplemento nutricional durante su último embarazo.
- √ La mayoría de las variables analizadas muestran la incidencia del nivel educativo, el ESR y la edad de las mujeres. Esta relación se desprende del análisis del índice, reflejando particularmente la importancia del nivel educativo de las mujeres en los cuidados durante el embarazo. Lupica y Cogliandro (2007a) encuentran que

el mayor nivel educativo de las madres presenta un alto nivel de correlación con: el retraso de la edad en que se inicia la maternidad, una mayor inserción en el mercado laboral y la formalización del vínculo conyugal.

- ✓ Si bien la casi totalidad de los partos habían sido institucionales, más de una cuarta parte de las mujeres no había realizado control posparto, y de las que hicieron control, un tercio lo había hecho tardíamente resultando un 50% de mujeres sin control o con control tardío.
- ✓ Además del oportuno control post-parto, la provisión de cuidados familiares a la puérpera contribuye a su salud y a la del bebé.
- ✓ Con relación a la participación de cónyuges, familiares u otros que cooperaban en las tareas del hogar durante el embarazo, se observa que casi las tres cuartas partes recibía apoyo especialmente de parientes. Interpretamos que la apreciación mayoritaria de que tal colaboración es “mucho” está en línea con la internalización de la división sexual del trabajo y la naturalización de roles.
- ✓ Consideramos que la Asignación Universal por Hijo ha impactado positivamente en disminuir la intensidad de la pobreza pero se requieren aún políticas que promuevan centros de cuidado infantil en los barrios para contribuir con las actividades de crianza y posibilitar la capacitación de las mujeres y/o la inserción laboral de las que deseen o necesiten reforzar los ingresos del hogar. Dichos centros de cuidado (cualquiera sea

su denominación) no deberían quedar en manos del voluntarismo o de la capacidad autogestiva de las comunidades o grupos. Deberían orientarse a reducir las brechas entre los hogares en pos de la equidad, ofreciendo experiencias a los niños que reduzcan los efectos que imponen las desigualdades socioeconómicas de los hogares en la crianza. Esta medida contribuirá a avanzar en los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, particularmente intersectando los que corresponden a niños/as y a las mujeres.

4.5.Anexo Apartado 4.

Tabla 2a

GRUPO ETARIO	14 a 19 años	15,7%
	20 a 24 años	18,2%
	25 a 29 años	27,0%
	30 a 34 años	17,0%
	35 y más años	22,0%
	Total	100,0%
MAXIMO NIVEL EDUCATIVO	Sin Instrucción Primaria Incompleta	11,9%
ALCANZADO POR EL INFORMANTE	Primaria Completa Secundaria Incompleta	50,4%
	Secundaria Completa o más	37,8%
	Total	100,0%
ESTRATOS SOCIOECONOMICOS	Bajo Medio Bajo	78,6%
RESIDENCIALES: B MB MM MA	Medio Medio Medio Alto	21,4%
	Total	100,0%

Tabla 2b

		GRUPO ETARIO						MAXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO POR EL INFORMANTE						ESTRATOS SOCIOECONOMICOS RESIDENCIALES B M B I M M A			
		14 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 y más años		Sin Instrucción Primaria Inconclusa	Primaria Completa Secundaria Inconclusa	Primaria Completa Secundaria Completa o más		Bajo Medio Bajo	Medio Medio Alto				
																	Total
¿Cuántos embarazos tuvo en total?	1 - 2 embarazos	96.0%	96.0%	96.1%	46.1%	20.0%	31.3%	47.1%	70.0%	70.0%	50.4%	67.0%	54.1%				
	3 - 4 embarazos	4.0%	27.6%	32.0%	33.3%	40.0%	25.0%	33.8%	29.4%	32.0%	23.5%	30.2%	30.2%				
5 o más embarazos		.0%	13.6%	4.7%	18.5%	40.0%	43.8%	19.1%	.0%	17.6%	8.8%	15.7%	15.7%				
	Nuñco	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%				
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
¿Se controló el embarazo? (de su hijo de hasta 12 meses)?	Si	100.0%	96.6%	97.7%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	98.4%	100.0%	98.7%				
	No	.0%	.0%	3.4%	2.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.6%	.0%	1.3%				
No/No		.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%				
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
¿Dónde se controló el embarazo?	Salta o centro de salud bariel	40.0%	30.7%	21.4%	29.6%	20.0%	37.5%	32.4%	7.8%	31.7%	14.7%	28.0%	28.0%				
	En la maternidad del hospital	36.0%	32.1%	42.9%	25.9%	28.0%	82.5%	30.9%	20.4%	34.1%	22.4%	33.8%	33.8%				
Establecimiento de Obras Sociales		.0%	.0%	7.1%	3.7%	2.9%	.0%	1.5%	7.8%	2.4%	5.9%	3.2%	3.2%				
	Establecimientos Privados	16.0%	25.0%	14.3%	29.6%	37.1%	.0%	25.0%	37.5%	21.1%	35.3%	24.2%	24.2%				
Consultorio particular		8.0%	.0%	11.9%	11.1%	8.6%	.0%	4.4%	17.6%	7.3%	11.8%	8.3%	8.3%				
	Salta o centro de salud bariel y maternidad del hospital	.0%	7.1%	2.4%	.0%	2.9%	.0%	5.9%	.0%	3.3%	.0%	2.5%	2.5%				
No contesta		.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%				
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
¿En qué mes de gestación se lo comenzó a controlar?	Antes del 3er mes	64.0%	63.0%	66.0%	66.7%	71.4%	56.3%	61.8%	82.0%	63.4%	81.8%	67.3%	67.3%				
	Después del 3er mes	32.0%	33.3%	28.6%	29.6%	28.6%	37.5%	38.8%	16.0%	33.9%	18.2%	30.1%	30.1%				
Nunca		4.0%	3.7%	2.4%	3.7%	.0%	6.3%	1.5%	2.0%	3.3%	.0%	2.6%	2.6%				
	Nuñco	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%				
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
¿Cuántos controles tuvo en total?	Hasta 4 controles	16.0%	7.1%	8.5%	3.7%	5.7%	18.8%	8.8%	.0%	9.8%	2.9%	8.3%	8.3%				
	5 o más controles	76.0%	82.1%	89.7%	92.6%	82.9%	73.0%	83.8%	90.2%	82.1%	91.2%	84.1%	84.1%				
Nunca		8.0%	10.7%	4.8%	3.7%	11.4%	8.3%	7.4%	9.3%	8.1%	5.9%	7.6%	7.6%				
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
Edad del primer embarazo	14 a 19 años	100.0%	56.6%	32.6%	18.5%	31.4%	68.8%	51.5%	17.6%	52.0%	20.6%	45.3%	45.3%				
	20 a 24 años	.0%	34.5%	41.9%	51.9%	31.4%	31.3%	36.8%	30.3%	30.4%	44.1%	33.3%	33.3%				
25 a 29 años		.0%	3.4%	25.6%	14.8%	20.0%	.0%	8.8%	31.4%	12.0%	23.5%	14.5%	14.5%				
	30 a 34 años	.0%	.0%	.0%	14.8%	5.7%	.0%	1.5%	9.8%	2.4%	8.8%	3.8%	3.8%				
35 y más años		.0%	3.4%	.0%	.0%	11.4%	.0%	1.5%	7.8%	3.2%	2.9%	3.1%	3.1%				
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
Durante el embarazo (del hijo referido)	Si	80.0%	89.7%	79.1%	92.6%	82.9%	87.5%	80.8%	86.3%	84.6%	82.4%	84.3%	84.3%				
	No, pero me indicaron	.0%	.0%	4.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.6%	.0%	1.3%	1.3%				
No, no me indicaron		20.0%	10.3%	14.0%	3.7%	14.3%	12.5%	14.7%	13.7%	11.2%	17.6%	12.6%	12.6%				
	Nuñco	.0%	.0%	.0%	3.7%	2.9%	.0%	1.5%	.0%	2.4%	.0%	1.9%	1.9%				
No contesta		.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%				
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
¿Se hizo control médico después de nacer su hijo?	Si	72.0%	86.6%	72.1%	74.1%	80.0%	56.3%	70.6%	82.4%	71.2%	73.5%	71.7%	71.7%				
	No	28.0%	41.4%	27.9%	25.9%	20.0%	43.8%	29.4%	17.6%	28.8%	26.5%	28.3%	28.3%				
No sabe		.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%				
	No contesta	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%				
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
¿Cuántos días después del parto?	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
	Hasta 10 días	77.8%	64.7%	74.2%	80.0%	57.1%	77.8%	56.3%	78.6%	66.0%	69.0%	66.7%	66.7%				
Más de 10 días		22.2%	35.3%	25.8%	40.0%	35.7%	22.2%	37.5%	18.0%	28.2%	32.0%	29.8%	29.8%				
	Nuñco	.0%	11.8%	.0%	.0%	7.1%	.0%	6.3%	2.4%	4.5%	.0%	3.5%	3.5%				
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
R_19900	Control antes de los 10 días	56.0%	44.6%	53.5%	44.4%	51.4%	43.8%	44.1%	66.7%	56.4%	50.0%	50.3%	50.3%				
	Sin control o Control posterior a los 10 días	44.0%	55.2%	46.5%	55.6%	48.6%	56.3%	55.9%	33.3%	43.6%	50.0%	49.7%	49.7%				
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
¿Recibió ayuda en los meses del hogar durante el embarazo?	Si	84.0%	65.5%	64.3%	74.1%	67.6%	75.0%	69.7%	66.7%	66.1%	73.5%	70.1%	70.1%				
	No	16.0%	34.5%	35.7%	25.9%	32.4%	25.0%	30.3%	33.3%	30.9%	26.5%	29.9%	29.9%				
Nunca		.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%				
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
¿Cuánto la ayudaron?	Mucho	81.0%	78.9%	89.2%	85.0%	100.0%	91.7%	84.8%	91.2%	87.1%	92.0%	88.2%	88.2%				
	Poco	14.3%	21.1%	14.8%	5.0%	.0%	8.3%	15.2%	5.9%	11.8%	8.0%	10.0%	10.0%				
No sabe		.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%				
	No contesta	4.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.9%	1.2%	.0%	.0%	.0%				
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
¿Quién la ayudó?	Compañero	.0%	26.3%	16.0%	35.0%	4.3%	8.3%	19.0%	23.5%	12.0%	28.0%	16.4%	16.4%				
	Parientes	76.2%	52.6%	33.3%	40.0%	26.1%	41.7%	34.8%	36.3%	45.0%	40.0%	44.5%	44.5%				
Hijos mayores		.0%	.0%	.0%	5.0%	17.4%	8.3%	8.5%	.0%	4.7%	4.0%	4.5%	4.5%				
	Viequinos	.0%	.0%	.0%	.0%	4.3%	8.3%	.0%	.0%	1.2%	.0%	.0%	.0%				
Servicio doméstico		.0%	.0%	7.4%	.0%	4.3%	.0%	.0%	8.8%	2.4%	4.0%	2.7%	2.7%				
	Otros	.0%	5.3%	7.4%	.0%	.0%	8.3%	4.3%	.0%	3.5%	.0%	2.7%	2.7%				
Compañero y parientes		19.0%	10.9%	33.3%	20.0%	17.4%	.0%	28.3%	26.5%	21.2%	20.0%	20.0%	20.0%				
	Compañero e hijos mayores	.0%	.0%	.0%	.0%	13.0%	8.3%	4.3%	.0%	3.5%	.0%	2.7%	2.7%				
Compañero y otros		.0%	5.3%	.0%	.0%	8.3%	.0%	.0%	1.2%	.0%	.0%	.0%	.0%				
	Parientes e hijos mayores	.0%	.0%	.0%	.0%	13.0%	8.3%	2.2%	2.9%	3.5%	.0%	2.7%	2.7%				
Parientes y otros		4.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.9%	.0%	4.0%	.0%	.0%				
	Nuñco	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%				
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				
Índice Patrones de cuidados de la salud reproductiva	Inadecuado	20.0%	13.8%	20.9%	3.7%	11.4%	25.0%	14.7%	5.9%	16.8%	5.9%	14.5%	14.5%				
	Regular	16.0%	20.7%	14.0%	25.9%	22.0%	12.5%	23.5%	19.0%	20.8%	14.7%	19.0%	19.0%				
Adecuado		64.0%	65.5%	65.1%	70.4%	65.7%	62.5%	61.8%	75.4%	62.4%	79.4%	66.0%	66.0%				
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				

Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC-PBA. Total de casos 159.

5. PATRONES ALIMENTARIOS EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

LA NUTRICIÓN ADECUADA durante la primera infancia es fundamental para el desarrollo del potencial humano de cada niño. El período entre el nacimiento y los dos años de edad representa una etapa sensible para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo psicosocial.

A diferencia del adulto, en el acto de alimentar a un niño intervienen diversos factores, resultando una compleja interacción entre la madre/cuidador y el niño. Las características del vínculo, del temperamento, de la maduración neuromuscular y de las distintas edades, así como los recursos económicos, las creencias, conocimientos y habilidades maternas o del cuidador, influyen en este proceso.

Los cuidados que los padres y responsables de la crianza tienen con relación a la alimentación de los niños en los primeros años de vida, influyen en aspectos que trascienden la nutrición, el crecimiento y la salud. Todos los adultos se

enfrentan a esta situación con un bagaje de conocimientos y expectativas que pueden ser más o menos adecuados, interviniendo la disponibilidad de alimentos, la seguridad en la preparación de los mismos, la aceptación cultural y las creencias de quienes están a cargo de la alimentación del niño.

Sobre esta base y con los recursos alimentarios disponibles, los pequeños reciben con la alimentación no sólo cobertura de sus necesidades nutricionales y calóricas sino, también, satisfacciones o insatisfacciones de índole emocional, así como estímulos sensorio motrices y psicosociales para su desarrollo.

La lactancia materna exclusiva y la introducción oportuna de la alimentación complementaria son dos aspectos de suma importancia, constituyendo una etapa altamente vulnerable para la afectación del crecimiento por causas nutricionales.

Las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las causas principales de malnutrición en los primeros años de vida.

5.1. Marco Normativo

Alimentación y Lactancia

El amamantamiento es observado como la forma más apropiada de brindar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, incidiendo

en ello la información y el soporte familiar y sanitario para el inicio y sostén de la lactancia. Los primeros 24 meses de vida son particularmente importantes puesto que la nutrición adecuada durante este período disminuye la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general del niño.

La leche materna contiene la combinación adecuada de nutrientes necesarios para los lactantes durante los primeros meses de vida: grasas, azúcares, proteínas y minerales. Las grasas de la leche materna le aportan al niño entre el 40 a 50% de la energía requerida y sobre todo ácidos grasos esenciales y sus derivados metabólicos: los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (omega 6 y omega 3) imprescindibles para el desarrollo y maduración del sistema nervioso central y de la retina.²⁴

Amamantar no sólo satisface las demandas nutricionales, sino también favorece el vínculo afectivo.

La decisión de amamantar depende de cada mujer, pero debemos saber que la promoción, protección y apoyo de la lactancia tienen alto impacto en el inicio oportuno y en el mantenimiento hasta el segundo año de vida o más.²⁵

La leche materna reduce de manera considerable la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas como la diarrea y las infecciones agudas de las vías respiratorias, dos de las

²⁴ La concentración de estos ácidos grasos es variable dependiendo de la ingesta materna. La leche de vaca es pobre en estos elementos conteniendo más grasas saturadas.

²⁵ Los Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa. Iniciativa Hospital Amigo de la madre y el niño (IHAN). Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia. Ginebra, 1989.

principales causas de muertes infantiles en el mundo, por eso los niños amamantados tienen más probabilidades de sobrevivir que los que no lo son.

La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres: al dar el pecho inmediatamente después del nacimiento del bebé, el útero se contrae y de esta forma se reduce el riesgo de padecer hemorragias pos parto; también ayuda a que la placenta sea expulsada con mayor rapidez. La succión del bebé al tomar el pecho en las primeras semanas después del parto ayuda al útero a regresar más rápidamente a su tamaño original previo al embarazo y contribuye a perder el exceso de peso ganado durante la gestación ya que el cuerpo de la madre utiliza alrededor de 400 a 500 calorías extras diariamente.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), a las cuales nuestro país adhiere, con respecto a la alimentación óptima del lactante y el niño pequeño son:

a) Inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida. El calostro, la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo, es considerado como el alimento inicial adecuado para el recién nacido; b) Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida; c) Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los 6 meses, continuando la lactancia materna hasta los 2 años o más.²⁶

²⁶ Durante el segundo año de lactancia, la mayoría de los componentes antimicrobianos se mantienen en buenas cantidades, como la inmunoglobulina.

Estas recomendaciones se entienden como las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños ayudando a prevenir la malnutrición y sus efectos negativos (OMS, 2012).

Con el objetivo de fomentar la lactancia materna, y bajo la influencia de organismos internacionales, nacionales y provinciales, sociedades científicas (Sociedad Argentina de Pediatría), se han implementado normas, compromisos y convenios en diferentes niveles gubernamentales, y se han adoptado estrategias como la creación de la Comisión Asesora de Lactancia Materna en el ámbito del Ministerio de Salud y Ambiente, la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, la adhesión al Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la capacitación de los equipos de salud y, como estrategia específica, la consejería en lactancia materna.

Asimismo desde el año 2005, el Ministerio de Salud de la Nación, entre otros de América Latina asumió, a través de la firma de la Carta de Brasilia²⁷, compromisos de acciones en el área de lactancia materna y bancos de leche.

bulina A secretoria (IgA), manteniendo las propiedades inmunológicas y protectoras ante infecciones de la mucosa intestinal.

²⁷ En mayo de 2005, se firma la 'Carta de Brasilia': UNICEF, OPS, IBFAN– Red Internacional de Grupos Pro Alimentación Infantil- y representantes de Ministerios de Salud, deciden conformar la Red de Bancos de Leche Humana de Latinoamérica; allí estuvo representada la Argentina. Según indica la Carta de Brasilia, los bancos de leche humana desempeñan un rol fundamental en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, con énfasis en la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida. También se destaca la importancia de la Lactancia Materna para el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el rol fundamental de los Bancos de Leche Humana para disminuir la mortalidad neonatal..

El Programa Materno Infantil (PMI) de la Provincia de Buenos Aires, ha incorporado estas estrategias en todas sus líneas programáticas y desde el año 1996 lleva a cabo la evaluación de la meta de lactancia materna a través de la Encuesta Provincial de Lactancia, realizada durante el mes de agosto en los vacunatorios de las Regiones Sanitarias.

Lactancia materna exclusiva

Además de proporcionar todos los nutrientes necesarios para cubrir los requerimientos nutricionales en esta etapa (0 a 6 meses), la composición bioquímica rica en elementos inmunológicos y celulares le confiere a la leche materna la función de barrera; brindando protección contra todo tipo de infecciones y enfermedades. Esta condición transforma a la leche materna en el alimento específico para su especie, ideal para cubrir todas las necesidades en los primeros 6 meses de vida (MS, 2006). Los lactantes que reciben pecho exclusivo no requieren el aporte extra de líquidos.

La introducción precoz de otros alimentos diferentes a la leche materna (antes de los 6 meses) produce, entre otras, un descenso notable en la producción de leche desplazando a la lactancia. Esto conlleva a una menor ingesta de energía, ya que los alimentos incorporados generalmente son de bajo valor nutricional y deficientes en macro y micronutrientes, además de no contar muchas veces con las condiciones de higiene adecuadas, siendo causal de morbilidad y alergias alimentarias.

Alimentación complementaria

Se define a la *alimentación complementaria* como aquella que se brinda en el período de transición entre la alimentación exclusiva al pecho materno o alguna leche modificada y la dieta del adulto. Se aconseja que se realice no antes de los 6 meses de vida del niño y se extienda hasta el final del 1er año, período en el cual el niño debe continuar con lactancia materna (SAP, 2001; OPS, 2003; Ministerio de Salud, 2006).

Alrededor de los 6 meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de alimentos complementarios²⁸. El lactante está capacitado para digerir y absorber otros alimentos, a esta edad también está suficientemente desarrollado; pierde el reflejo de protrusión lingual, se sienta solo, adquiere movimientos de coordinación como para prensar una cuchara con los labios, puede deglutir alimentos sólidos y paulatinamente va logrando la capacidad de distinguir diferentes texturas, sabores y colores.

Cuando se incorpora la alimentación complementaria, la madre debe amamantar primero a su bebé y luego ofrecerle los alimentos en pequeñas cantidades, los cuales deben ser ricos en micronutrientes, especialmente hierro y deben contener proteínas y calorías.

Como se dijo, la leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a

²⁸ Alimento complementario: cualquier nutriente líquido o sólido provisto al niño junto con lactancia materna.

24 meses: entre los 6 y 12 meses aporta más de la mitad de las necesidades energéticas y un tercio entre los 12 y los 24 meses.

Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada para la OPS/OMS son:

a) Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los 2 años o más; b) Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades y capacidades del niño (por ejemplo: darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual); c) Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente; d) Empezar a los 6 meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo; e) Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos; f) Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con una o dos colaciones adicionales si fuera necesario; g) Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes; h) Utilizar alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro y/o suplementos de vitaminas y otros minerales si fuera necesario; i) Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos. (OPS/OMS, 2003).

Con la alimentación complementaria no sólo se trata de complementar la lactancia con alimentos adecuados y en

forma oportuna, sino también de dirigir las acciones para que el intercambio entre niño-cuidador produzca placer para ambos. Los adultos que alimentan a los niños deben conocer las estrategias para que éstos acepten mejor la alimentación (introducción de un alimento por vez, jerarquizar la exposición a cada nuevo alimento, que ésta sea reiterada y no discontinua, etc.). Así, la madre o cuidador necesita tiempo suficiente, tratando de evitar las interferencias externas, permitiendo al niño que coma con las manos y que se familiarice progresivamente con los utensilios. La comprensión de sus mensajes, tanto de placer como de disgusto, que el niño no acepte el alimento preparado por ejemplo, no debe ser interpretado como rechazo a quien ofrece el alimento, sino como respuesta inherente al aprendizaje. En sí, es importante lograr que la madre y/o cuidador actúe como facilitador del aprendizaje en la incorporación de nuevos alimentos y el logro de hábitos saludables.

5.2. Creencias sobre la alimentación del niño

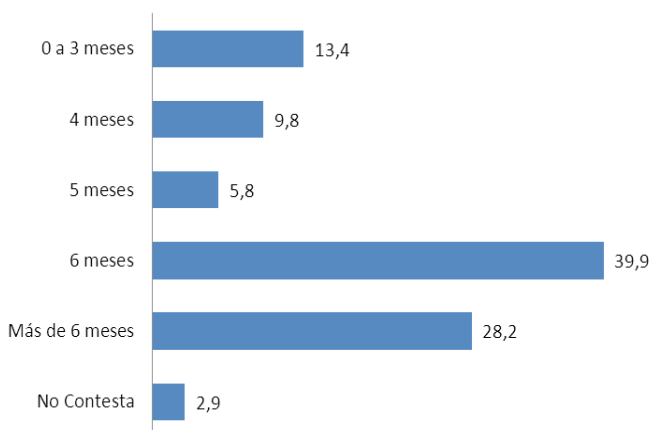
Como señala Philip Bock (1987) “Todas las sociedades reconocen que los niños no pueden alimentarse por sí mismos y que necesitan que los adultos los ayuden a satisfacer su necesidad de alimento. Pero como los seres humanos carecen de patrones de alimentación instintivos o transmitidos durante el nacimiento sobre el qué, cómo, dónde y cuándo de la alimentación infantil, los niños quedan sujetos a las creencias de los adultos responsables; y dichas creencias forman parte de la cultura del grupo”.

Las normas internacionales y nacionales son un acervo de cristalización sobre los consensos de buenas prácticas en la alimentación del niño. En este sentido, abordar cuán internalizadas están en las madres es sustantivo como diagnóstico de situación y como insumo para la intervención. Una de las cuestiones centrales de la alimentación del niño refiere a la que tiene lugar desde el inicio de su vida a través de la lactancia. En relación con esto, al hablar de la *Lactancia Materna Exclusiva* (LME), nos referimos a la alimentación del lactante únicamente con leche materna²⁹.

Al respecto, 4 de cada 10 respuestas de la población estudiada sostuvo una creencia ajustada a la normativa. En efecto, el 39,9% de las encuestadas refirió que la Lactancia Materna Exclusiva debe extenderse hasta los 6 meses (Figura 5.1).

²⁹ Pudiendo recibir, eventualmente y según indicación médica, gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).

Figura 5.1. Creencia de duración de la lactancia materna exclusiva



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 694.

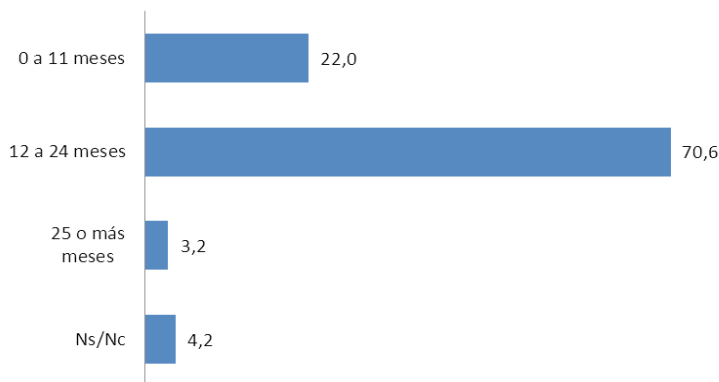
Sintéticamente, los datos arrojan que un 60,1% de las creencias se encuentran corridas de la normativa: la mitad por debajo de los 6 meses y la otra por encima. Lo primero implicaría un potencial riesgo a infecciones en los lactantes (que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial) y lo segundo un riesgo de malnutrición por déficits de energía y nutrientes que los niños mayores a los 6 meses requieren en este período. (Figura 5.1) Si tomamos una referencia de adecuación normativa más flexible (entre los 4 a 6 meses), encontramos que más de la mitad (55,5%) de las informantes/madres mantienen creencias consideradas de promoción adecuada de la salud del niño.

La adecuación de las creencias sobre el tiempo esperable en la lactancia materna exclusiva es mayor en el ERS medio

alto (48%). También, la creencia más ajustada a la normativa tiende a destacarse en las informantes con nivel educativo secundario completo o más (49,3%) y en las mujeres más jóvenes (de menos de 30 años). El corrimiento por encima de los 6 meses predomina en el ERS medio alto y ERS medio medio, y por debajo de los 6 meses en el ERS medio bajo y bajo (Tabla 3).

Según las recomendaciones de la OMS, la *lactancia materna total* debe sostenerse por lo menos hasta los 24 meses de vida del menor. Luego del período de lactancia materna exclusiva (6 meses) debe iniciarse un proceso de incorporación de alimentos complementarios, además de la leche materna, hasta los 24 meses.

Figura 5.2. Creencia sobre la edad de suspensión de la lactancia materna total



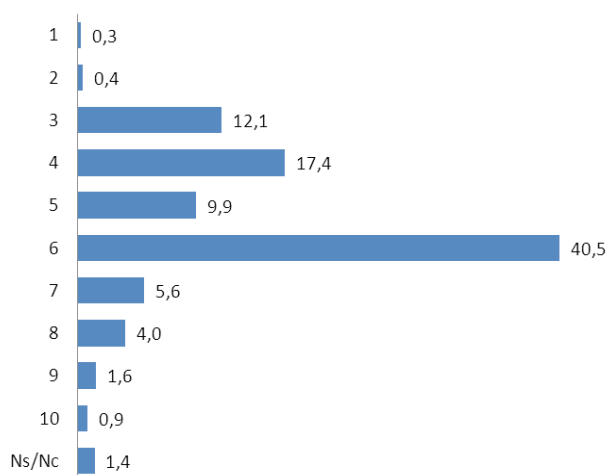
Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 694.

En la figura 5.2 observamos que el 70,6% de las informantes sostienen creencias que se concentran entre los 12

a 24 meses para la edad de suspensión de la lactancia materna total. De ellas, el 39,7% la consideran a los 12 meses; y un 13,6% entre los 13 y 23 meses y un pocas son las que presentan creencias ajustadas a esa edad: 17,3% en los 24 meses. Un 22% de las informantes considera que la lactancia materna total debe extenderse hasta los 11 meses y un 3,2% debe sostenerse por encima de los 24 meses (llegando en casos a los 48 meses). Las medidas de tendencia central indican una Media de 14,6 meses, una Mediana y un Modo en 12 meses y un Desvío Standard de 7,1 meses. Esta creencia se sostiene independientemente del ESR y de la edad de las informantes/madres (Tabla 3).

Como enunciamos anteriormente, la *Alimentación Complementaria* es el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, es necesario que otros alimentos y líquidos sean incorporados a la nutrición del infante. Todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos a partir de los 6 meses de vida.

Figura 5.3. Creencia sobre la edad de incorporación de alimentación complementaria: primeras papillas



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 694.

Las creencias a este respecto muestran adecuación en 40,5% (figura 5.3) de las informantes/madres a lo que se denomina la Alimentación Complementaria Oportuna (ACO) (ENNyS, 2010). La restante proporción se distribuye en un 40,2% en la creencia de incorporar alimentación complementaria con anterioridad a los 6 meses, es decir de manera temprana (ACT) y un 12,8%, incluso, en la forma de alimentación complementaria muy temprana –antes del 4to mes–. Por otra parte, un 17,9% de las informantes/madres sostuvo que la alimentación complementaria debe tener lugar con posterioridad a los 6 meses de vida. La oferta de alimentación complementaria con anterioridad a los 6 meses puede tener consecuencias en el desarrollo inmunológico,

mientras que la que se realiza con posterioridad a los 6 meses puede generar déficits nutricionales.

Es importante destacar que el crecimiento infantil no mejora con la alimentación complementaria antes de los seis meses, aún en condiciones óptimas (es decir, con alimentos inocuos y nutritivos), y los alimentos complementarios introducidos antes de los 6 meses tienden a desplazar la leche materna (Cohen y col., 1994; Dewey y col., 1999). Por ello la OMS entiende que, si se espera hasta los seis meses para introducir otros alimentos, los beneficios potenciales para la salud superan a los riesgos potenciales.

Más aun, en términos de desarrollo, la mayoría de los niños están listos para recibir otros alimentos alrededor de los seis meses (Taylor y Morrow, 2001 citado en OPS, 2003). Por ende, el consenso es que la edad apropiada para introducir alimentos complementarios es a los 6 meses de vida (OPS/OMS, 2003).

En estas creencias, quienes registran una mayor proporción de adecuación a la norma son: ERS medio | medio alto (44,5%), informantes con secundaria completa ó más (50,9%) y las informantes/madres adolescentes con 53,8%.

Entre los 6 y 8 meses los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos. A los 8 meses, la mayoría de niños también pueden consumir alimentos que se pueden comer con sus manos. A los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia, tratando de evitar alimentos que puedan causar que los niños se atraganten, por ejemplo: nueces, uvas, zanahorias

crudas, caramelos, pochoclos, maníes, etc.) (SAP, 2001-OPS/OMS, 2003).

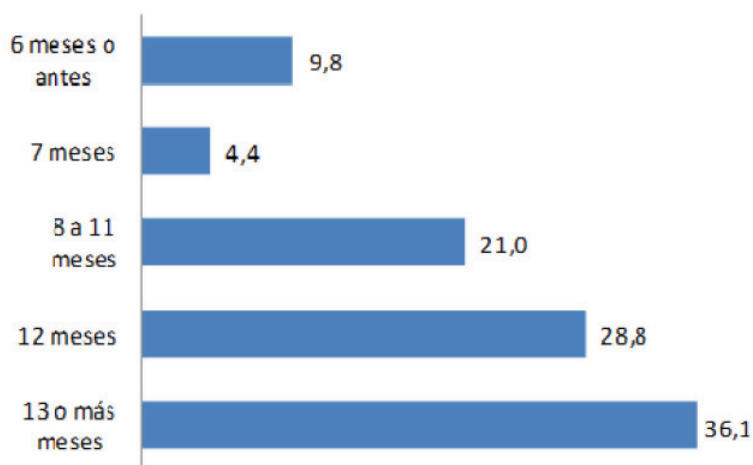
En cuanto a la composición de la alimentación complementaria a partir de estudios realizados por la OMS/UNICEF (1998), Gibson y col. (1998), Dewey y Brown (2003) se sabe que los alimentos complementarios de origen vegetal no son suficientes por sí solos para cubrir los requerimientos de ciertos micronutrientes. Por esto, se recomienda incluir carnes rojas, aves, pescado o huevos (estos últimos a partir de los 9 meses) lo más frecuentemente posible. Los productos lácteos son una buena fuente de algunos nutrientes como el calcio, pero no proveen suficiente hierro a menos que sean fortificados. En ambientes donde la higiene es pobre, la promoción de productos a base de leche líquida es riesgosa dado que estos productos pueden contaminarse fácilmente, especialmente cuando son proporcionados con mamadera.

La recomendación de proveer frutas y verduras se basa en los beneficios para la salud asociados con la prevención de la deficiencia de vitamina A (Allen y Gillespie, 2001) y la probabilidad de que el consumo de dichos alimentos también ayude a cubrir los requisitos de muchas otras vitaminas.

Según la normativa internacional de la OPS/OMS los niños a partir de los 8 meses pueden incorporar *alimentos trozados* pequeños. Para los estándares nacionales este proceso de incorporación de alimentos trozados debe darse entre los 8 y los 12 meses de vida del niño. En la creencia de las informantes/madres este rango se sostiene en el 49,8% (21% entre los 8 y 11 meses; y un 28,8% a los 12 meses,

momento en que la normativa nacional e internacional considera oportuno la incorporación del niño a la alimentación familiar). Con anticipación a este tiempo está el 14,2% de las creencias y por encima de este rango se encuentran aquellas que consideran el momento oportuno a los 13 o más meses (36,1%),—ver figura 5.4—. Esto último muestra una creencia inoportuna (tardía) en la incorporación alimentaria con una potencial falta de nutrientes o de estimulación al desarrollo masticatorio y de autonomía en el proceso de alimentación del niño.

Figura 5.4. Creencia sobre la edad de incorporación de alimentos trozados chicos

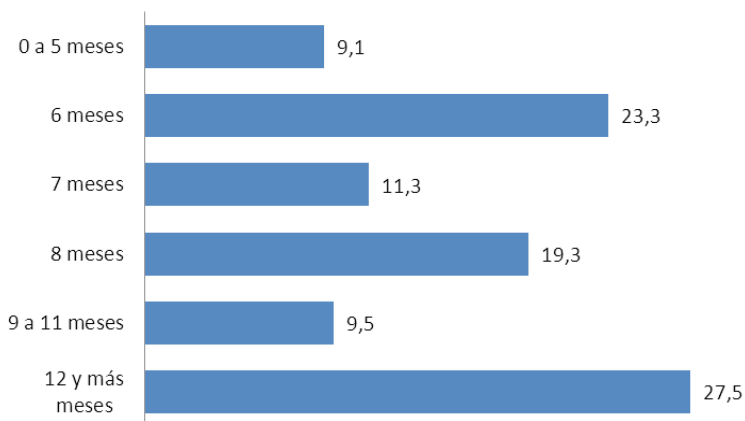


Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 694.

Con relación a la edad de *incorporación de las carnes* (figura 5.5), las creencias de más de 1/3 de la población encuestada respondió de acuerdo a las normativas: las recomendaciones

indican que debe hacerse entre los 6 y los 7 meses. Algunas (9,1%) consideraron que este inicio debe ocurrir antes del 5 mes de vida generando riesgos para la salud.

Figura 5.5. Creencia sobre la edad de incorporación de carne



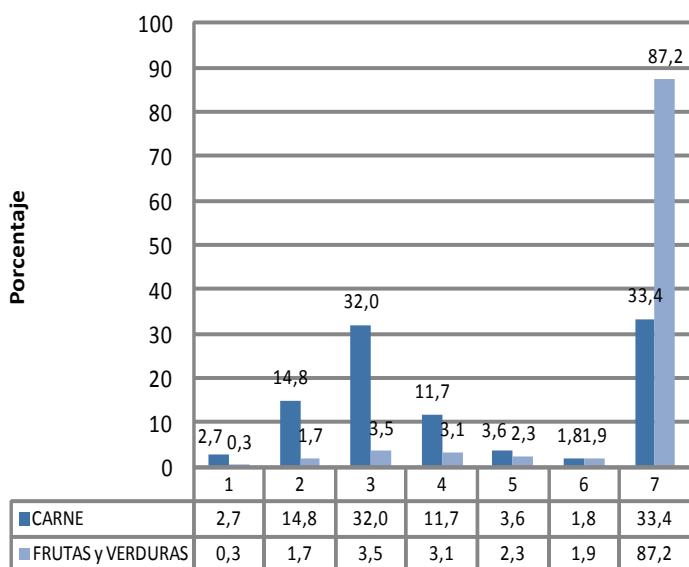
Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 694.

Un 19,3% consideró oportuna la incorporación de carnes a los 8 meses; entre los 9 y los 11 meses (9,5%) y por último aquellas que lo consideraron a partir de los 12 meses (27,5%). Cabe aclarar que estas tres últimas creencias son referencias de atraso del complemento alimentario cárnico que, de no ser suplementado por otros alimentos afines, puede posibilitar la generación de déficits nutricionales y del desarrollo del infante.

Con relación a la *frecuencia conveniente del consumo de carnes* por parte de los niños (figura 5.6), las creencias mostraron ser mayoritariamente normativamente adecuadas.

Creencias de baja frecuencia (1 a 2 veces por semana) se observaron en un 17,5%, mientras que frecuencias normativamente adecuadas se dieron en las restantes respuestas. Sin embargo, la frecuencia de adecuación es diferencial: hay creencias de sostenimiento de mediana frecuencia (de 3 a 4 veces por semana) en un 43,7%; y frecuencias –también normativamente adecuadas- de alta frecuencia (5 a 7 días a la semana) un 38,8%

Figura 5.6. Creencia sobre la frecuencia de consumo de carne / frutas y verduras



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 694.

Respecto al *consumo de frutas y verduras*, el 87,2 % de las informantes coincidió en que deben ingerirse todos los días

de la semana. Estas, junto a las respuestas de 5 o 6 veces a la semana, reconocen patrones adecuados de consumo esperado del 91,4%. En contraste, las frecuencias de consumo de frutas y verduras consideradas inadecuadas (4 y menos veces por semana) sumaron en conjunto un 8,6%. (Figura 5.6).

La comparativa entre ambos muestra que la media de creencia de incorporación de carne a la alimentación de los niños es de 4,38 veces por semana mientras que la de las frutas y verduras de 6,6 veces de promedio semanal. La elevada proporción de creencias adecuadas sobre la frecuencia de consumo de frutas y verdura en los niños es un dato alentador.

Las frutas y verduras forman parte de los alimentos con mayor cantidad de nutrientes y sustancias naturales altamente beneficiosas para la salud de las personas. Aportan una gran variedad –y cantidad– de vitaminas³⁰, minerales³¹ y

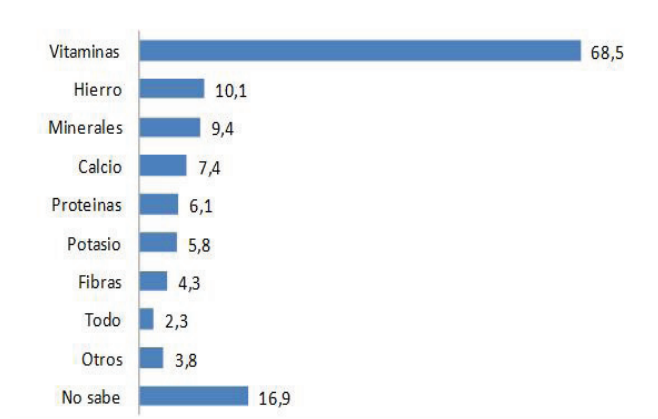
³⁰ En términos del aporte vitamínico destaca el aporte de la vitamina C (en cítricos, kiwi, frutillas, tomate, entre otros), de acción antioxidante; en menor proporción se encuentran otras vitaminas del complejo B (principalmente en cítricos, banana, higos, entre otros). Las verduras tienen un aporte importante de vitaminas A, B, C y K. Las verduras más ricas en vitamina A son: las zanahoria, la espinaca, el tomate, los morrones rojos. Las vitaminas del complejo B las encontramos en los espárragos, la espinaca, los alcauciles y las papas con piel. Las verduras más ricas en vitamina C son: los morrones, el brócoli, el perejil, la coliflor, la acelga, los calabacines, el repollo, la lechuga y el tomate. La vitamina K está presente en: la espinaca, la coliflor, el brócoli, los espárragos y lechuga.

³¹ Los minerales que contienen las frutas y verduras son usados por el organismo tanto en el crecimiento como en numerosas funciones metabólicas y musculares: estructura de huesos y dientes, transporte de oxígeno en los glóbulos rojos, transmisión del impulso nervioso, contracción muscular, cicatrización de las heridas, respuesta inmunológica, etc. De los que se requiere mayor cantidad son el calcio, el fósforo, el sodio, el potasio y el magnesio. Con relación al aporte mineral, en las frutas abunda el pota-

fibra. Asimismo son beneficiosas por hidratar el organismo rápidamente, colaboran en el desarrollo físico, ayudan al correcto funcionamiento del aparato digestivo, facilitan el drenaje de líquidos (al ser diuréticas y depuradoras del organismo), aportan fibras vegetales solubles y antioxidantes naturales.

sio (principalmente en la banana, kiwi, melón, cerezas, durazno, ciruelas, entre otros), que es necesario para la transmisión del impulso nervioso y para la actividad muscular normal, y magnesio. Las verduras son ricas en magnesio gracias a la clorofila que poseen. La mayoría contienen mucho potasio, bastante calcio y poco sodio (excepto el apio). Algunas como el tomate, las espinacas y las acelgas son ricas en hierro, pero a diferencia de las carnes, este hierro se encuentra en una forma que es difícil de absorber por el organismo (se puede mejorar su aprovechamiento si se lo consume con vitamina C). En menor cantidad pero no menos importantes están los oligoelementos imprescindibles en el metabolismo, entre otros: zinc, manganeso, cobre, selenio, cromo, molibdeno, cobalto, yodo y flúor.

Figura 5.7. Creencia sobre los nutrientes que aportan las frutas y verduras



	Aporte de Vitaminas 70,7%	Aporte de Minerales 11,7%	Aporte de Hierro 12,2%	Aporte de Calcio 9,7%	Aporte de Proteínas 9,4%	Aporte de Potasio 8,5%	Aporte de Fibras 6,5%	Aporte de Otros nutrientes 5,2%	No sabe 17,2%
Menciona									
No Menciona	29,2%	88,2%	87,2%	90,2%	91,5%	91,5%	93,5%	92,2%	82,7%

Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA.

Total de respuestas. Casos 694.

La creencia global de la población estudiada acerca del *aporte de las frutas y verduras* (Figura 5.7) se enmarca correctamente en los principales nutrientes de los alimentos mencionados. En efecto casi 8 de cada 10 refirieron (directa o indirectamente) a los componentes vitaminas y/o minerales y/o fibras. En este sentido, la gran mayoría refirió algún componente pertinente respecto del aporte de las frutas y verduras aunque fueron escasos los casos que lo hicieron de manera completa (sólo un 7,5% del total de respuestas y combinatorias). Asimismo, 2 de cada 10 encuestados respondieron no saber el tipo de aporte nutricional aportado por

las frutas y verduras. Las vitaminas fueron mencionadas por el 68,5% de las respuestas, el reconocimiento de las vitaminas aparece indiferenciado en su tipo, cosa que no sucede con los “Minerales”. Un 9,4% de las respuestas aluden al aporte de minerales de las frutas y verduras. Sin embargo otras menciones hacen referencia a minerales específicos como hierro (10,1%), Calcio (7,4%), Potasio (5,8%), las que junto a la referencia genérica “Minerales” suman un 23,3%.

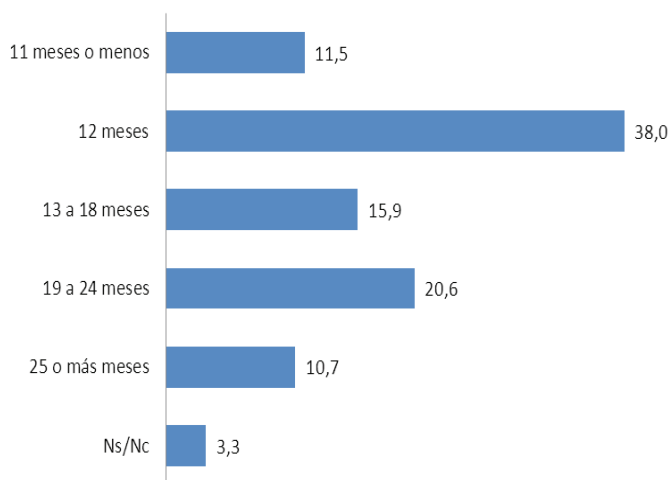
Si observamos en la respuesta la aparición de cada componente, se observa que el 70,7% de las respondientes mencionó “Vitaminas” como un aporte de las Frutas y Verduras contra sólo un 11,7% de los “Minerales” en sentido genérico. Así, se observa un reconocimiento más sostenido del aporte vitamínico que del aporte de minerales de las frutas y verduras. Sin embargo, el reconocimiento del aporte mineral es mucho más específico que el de las vitaminas.

Los niveles de desconocimiento sobre los aportes nutricionales de las frutas y verduras son marcados en los ERS bajos y en los grupos etarios más jóvenes. Y las referencias sobre aporte vitamínico son notorias en los ERS medio y medio alto y en la población de mayor edad.

Según las normativas y expectativas sociales, se espera que a los 12 meses, la mayoría de los niños puedan comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia (teniendo en cuenta sus necesidades de alimentos densos en nutrientes). Como vemos en la figura 5.8 la adecuación a esta expectativa se da en el 38% de las respuestas; una minoría anticipan este momento (11,5% consideró una edad que fue

entre los 3 y los 11 meses) y la mayoría que lo postergan (el 47,1% de las respuestas). Ahora bien, esta postergación tiene impactos diferenciales dependiendo de la amplitud de distancia con respecto a la normativa. En efecto, un 15,9% afirmó que el momento de incorporación del niño a la mesa se sitúa entre los 13 y 18 meses (18 meses representa el 13,9% de este rango) representando un período adecuado según normativas nacionales que extienden esta incorporación entre los 12 a los 18 meses. Pero, también hay creencias de incorporación de retraso leve (20,6%) o grave (10,7%).

Figura 5.8. Creencia sobre la edad de incorporación a la mesa familiar



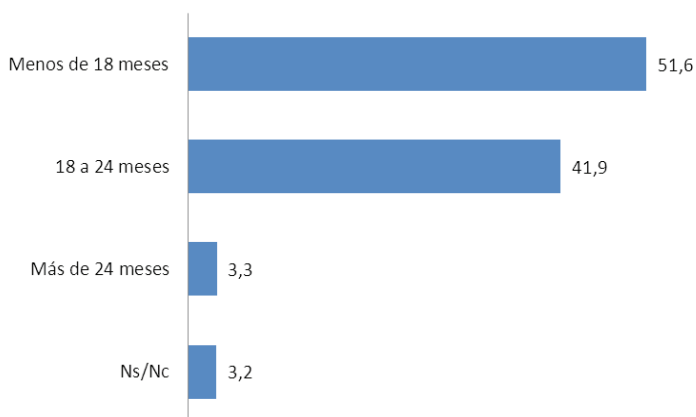
Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 694.

La adecuación a la normativa (de incorporación a la mesa familiar del niño) es destacada en el ERS bajo y en la pobla-

ción de madres adolescentes. La anticipación es destacada en ERS bajo, medio bajo y medio y en las informantes con secundario incompleto. La postergación se observa en la población ERS medio y medio alto y en las informantes con secundario completo o más. Es decir, existe un efecto de nivel socioeconómico que muestra diferenciación en la creencia sobre la edad de incorporación del niño a la mesa familiar.

El *uso de utensilios* en el desarrollo del niño marca un momento importante. La expectativa global sobre la madurez necesaria para el uso –y estímulo de uso– de la cuchara gira entre los 18 a 24 meses. La creencia de la población se adecua en un 41,9% a la normativa; un 51,6% se ubica por debajo y un 3,3% hacia arriba (Figura 5.9). La adecuación es marcada en el sector Medio Alto y madres adolescentes.

Figura 5.9. Creencia sobre la edad apropiada para comer con cuchara



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 694.

La anemia por deficiencia de hierro es una de las carencias nutricionales más frecuentes en el mundo³². Así como el retraso crónico de crecimiento es la forma prevalente de malnutrición en los niños, la deficiencia de hierro es la forma prevalente del déficit de micronutrientes.

La desnutrición oculta es una enfermedad que se define como una forma de malnutrición producida por deficiencia de hierro. En la mayoría de los casos la anemia aparece en forma imperceptible, sin signos ni síntomas, conformando lo que la OMS denomina *Desnutrición Oculta*, frecuentemente se identifica por que produce: cambios en la conducta (la anemia en los niños puede expresarse como cansancio, fatiga, poca atención en la escuela, desinterés por el juego); disminución de la resistencia ante las infecciones y retardo del desarrollo psicomotor si la deficiencia ocurrió tempranamente, fue severa o prolongada.

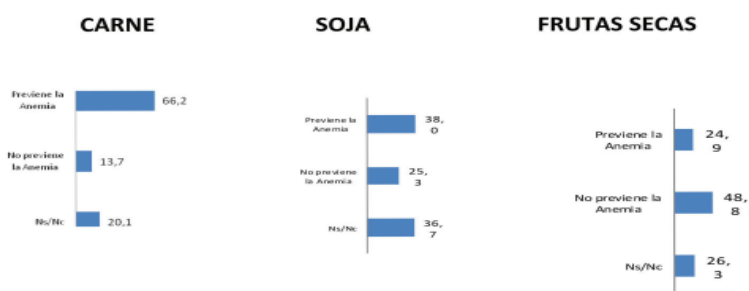
La desnutrición oculta es una enfermedad muy frecuente, en el mundo se estima que 1 de cada 2 niños menores de 5 años presentan anemia, y en nuestro país según datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud realizada durante 2004-2005, (publicados en documento de resultados ENNyS 2008) la prevalencia de anemia es de 16,5% en la población infantil de 6 a 72 meses. Siendo mucho más grave el problema en el grupo de 6 a 23 meses con una prevalencia de 34,1%; uno de cada 3 niños en este rango de edad presenta deficiencia de los depósitos de hierro (ENNyS, 2007).

³² Su presencia afecta la respuesta inmune y la resistencia a las infecciones, el metabolismo del músculo, el desarrollo intelectual, la capacidad cognitiva y de trabajo, y la regulación de la temperatura corporal.

Si bien todas las personas están expuestas a padecer anemia hay momentos de la vida en las que las necesidades de hierro son mayores y el riesgo se incrementa.

Los alimentos de origen vegetal, como legumbres y verduras, proporcionan hierro *no hem*, mientras que el hierro *hem* se encuentra en todas las carnes. Ambos tipos de hierro contribuyen a mantener los niveles adecuados de hemoglobina, pero la diferencia está en la absorción o utilización inmediata, ya que el tipo *hem* es más rápido de absorber por el organismo y el otro no.

**Figura 5.10. Alimentos que previenen la anemia.
Creencias.**



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 694.

Con relación a la anemia, las creencias sobre los *nutrientes que aportan los alimentos* son un factor importante. El saber sobre los alimentos que pueden ayudar a prevenir la anemia es un indicio sensible sobre el capital estratégico disponible frente al riesgo potencial. Al respecto, el 66,2% de las informantes refirieron adecuadamente que el consumo de carne previene la anemia (hierro *hem*). Sólo un 13,7% refirió que la carne no la previene y un 20,1% no supo responder. En

cambio, la *soja* es considerada inadecuadamente como un alimento que ayuda a prevenir la anemia en un 38% y las frutas secas en un 24,9%. (Figura 5.10).

La soja es el alimento mayor inadecuación en la evaluación sobre su prevención de la anemia. Estas apreciaciones inadecuadas son más marcadas en el ERS Bajo. Las creencias adecuadas son más frecuentes en los ERS medio y medio alto y en las informantes con nivel educativo secundario completo o más.

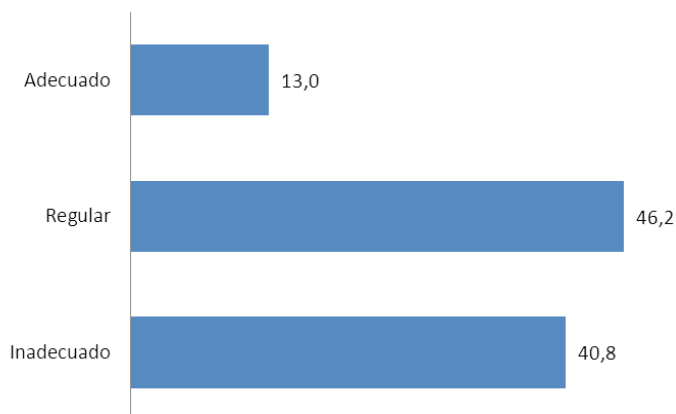
5.2.1. Índice Creencias sobre alimentación infantil

Para finalizar este apartado discutiremos los resultados que arroja el *Índice Creencias sobre alimentación infantil*. El mismo incluyó: creencia sobre tiempo de lactancia materna exclusiva, creencia en la duración de la lactancia, creencia sobre la edad adecuada de incorporación de las primeras papillas, creencia sobre la edad adecuada para la incorporación de carnes, creencia sobre la frecuencia semanal adecuada de consumo de carne, creencia sobre la adecuación de frecuencia semanal de consumo de frutas y verduras, creencia sobre la edad adecuada para la incorporación del niño a la alimentación completa del hogar, creencias sobre alimentos que previenen la anemia, creencia en la edad adecuada en que el niño puede manejar utensilios para comer, creencia en la edad adecuada en la que el niño puede comer alimentos trozados. En función de los valores obtenidos se establecieron las siguientes categorías: inadecuado (0-5); regular (6-8) y adecuado (9-10). Siendo 10 el puntaje máximo que puede asumir este índice.

Los resultados del mismo permitieron ver que la mayor proporción de las respuestas acerca de las creencias en alimentación se encontraron en una situación que requiere atención. En efecto, el 87% de las creencias se encuadran dentro de posiciones inadecuadas (40,8%), regulares (46,2%) y sólo un 13,0% en adecuación. (Figura 5.11).

Sólo en referencia al nivel educativo pueden evidenciarse algunas diferencias. En efecto, las informantes con menor nivel educativo presentan una proporción más elevada de inadecuación (50,8%), mientras que las de nivel educativo de secundario completo y más presentan un porcentaje de 35,2%.

Figura 5.11. Índice Integrado Creencias sobre Alimentación Infantil



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.

5.2.2. Anexo Apartado

Tabla 3

		GRUPO ETARIO					MAXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO POR EL INFORMANTE				ESTRATOS SOCIOECONOMICOS RESIDENCIALES B			
		14 y 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 y más años	Sin Instrucción Primaria Incompleta	Primaria Completa Secundaria Incompleta	Secundaria Completa o más	Bajo Medio Bajo	Medio Medio Alto	Medio Alto	Medio Alto	
¿Hasta qué edad cree usted que un niño debe alimentarse solo con leche materna (pecho)?	0 a 3 meses	6.6%	15.4%	14.5%	14.8%	12.4%	22.7%	16.5%	4.6%	19.3%	5.1%	5.1%	5.1%	
	4 a 6 meses	57.7%	56.0%	56.1%	50.7%	54.5%	43.9%	52.2%	63.9%	54.4%	57.9%	57.9%	57.9%	
	Más de 6 meses	25.0%	28.6%	24.7%	32.4%	29.7%	28.8%	27.5%	30.6%	25.4%	34.0%	34.0%	34.0%	
	No contesta	9.8%	1.8%	2.7%	2.3%	3.3%	4.5%	3.8%	3.9%	3.0%	2.9%	2.9%	2.9%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	0 a 11 meses	21.2%	24.1%	21.5%	21.1%	22.3%	22.7%	20.3%	23.6%	20.6%	24.6%	24.6%	24.6%	
¿A qué edad cree usted que los niños deben empezar a comer carne?	0 a 5 meses	32.7%	43.8%	36.5%	41.5%	43.6%	51.5%	46.0%	28.7%	44.3%	33.6%	33.6%	33.6%	
	6 meses	53.8%	36.3%	36.2%	40.1%	36.1%	34.8%	37.1%	56.9%	38.6%	44.5%	44.5%	44.5%	
	7 y más meses	11.5%	17.0%	22.6%	16.9%	16.3%	10.6%	16.3%	16.9%	15.5%	23.4%	23.4%	23.4%	
	Ningún	2%	1.9%	2.7%	1.4%	1.0%	3.5%	1.7%	1.9%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	6 meses o antes	3.9%	14.9%	14.2%	10.1%	11.7%	10.8%	14.8%	19.0%	12.6%	9.6%	9.6%	9.6%	
¿A qué edad cree usted que un niño puede recibir alimentos cortados "chiquitos"?	7 meses	11.8%	1.8%	5.1%	2.9%	5.1%	3.1%	4.2%	4.3%	4.7%	4.4%	4.4%	4.4%	
	8 a 11 meses	17.6%	17.3%	20.5%	20.3%	22.3%	17.2%	21.6%	22.7%	19.6%	21.0%	21.0%	21.0%	
	12 meses	33.3%	46.0%	27.3%	34.1%	28.4%	39.1%	30.4%	36.3%	33.2%	28.8%	28.8%	28.8%	
	13 o más meses	33.3%	26.4%	33.0%	32.6%	31.9%	20.9%	20.4%	32.7%	29.3%	35.1%	35.1%	35.1%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	6 meses o antes	3.9%	14.9%	14.2%	10.1%	11.7%	10.8%	14.8%	19.0%	12.6%	9.6%	9.6%	9.6%	
¿A qué edad cree usted que los niños deben empezar a comer carne?	7 meses	11.8%	1.8%	5.1%	2.9%	5.1%	3.1%	4.2%	4.3%	4.7%	4.4%	4.4%	4.4%	
	8 a 11 meses	17.6%	17.3%	20.5%	20.3%	22.3%	17.2%	21.6%	22.7%	19.6%	21.0%	21.0%	21.0%	
	12 meses	33.3%	46.0%	27.3%	34.1%	28.4%	39.1%	30.4%	36.3%	33.2%	28.8%	28.8%	28.8%	
	13 o más meses	33.3%	26.4%	33.0%	32.6%	31.9%	20.9%	20.4%	32.7%	29.3%	35.1%	35.1%	35.1%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	6 meses o antes	3.9%	14.9%	14.2%	10.1%	11.7%	10.8%	14.8%	19.0%	12.6%	9.6%	9.6%	9.6%	
¿Cúántas veces en la semana come carne?	0 a 5 meses	6.1%	11.9%	11.2%	4.3%	6.6%	14.3%	9.6%	4.7%	16.9%	4.6%	4.6%	4.6%	
	6 meses	12.2%	19.3%	20.1%	31.2%	25.6%	19.0%	27.5%	23.6%	22.7%	22.7%	22.7%	22.7%	
	7 meses	10.2%	11.0%	10.6%	14.5%	10.1%	9.5%	12.7%	12.2%	11.8%	10.1%	10.1%	10.1%	
	8 meses	17.4%	17.4%	17.3%	20.3%	17.7%	19.2%	16.0%	22.6%	16.8%	16.8%	16.8%	16.8%	
	9 a 11 meses	4.1%	8.3%	12.3%	8.0%	10.1%	7.9%	7.7%	11.9%	7.9%	13.0%	13.0%	13.0%	
	12 y más meses	32.7%	32.1%	28.5%	21.7%	26.8%	30.2%	29.7%	24.1%	27.7%	27.1%	27.1%	27.1%	
¿Cúántas veces en la semana come carne?	0 a 5 meses	6.1%	11.9%	11.2%	4.3%	6.6%	14.3%	9.6%	4.7%	16.9%	4.6%	4.6%	4.6%	
	6 meses	12.2%	19.3%	20.1%	31.2%	25.6%	19.0%	27.5%	23.6%	22.7%	22.7%	22.7%	22.7%	
	7 meses	10.2%	11.0%	10.6%	14.5%	10.1%	9.5%	12.7%	12.2%	11.8%	10.1%	10.1%	10.1%	
	8 meses	17.4%	17.4%	17.3%	20.3%	17.7%	19.2%	16.0%	22.6%	16.8%	16.8%	16.8%	16.8%	
	9 a 11 meses	4.1%	8.3%	12.3%	8.0%	10.1%	7.9%	7.7%	11.9%	7.9%	13.0%	13.0%	13.0%	
	12 y más meses	32.7%	32.1%	28.5%	21.7%	26.8%	30.2%	29.7%	24.1%	27.7%	27.1%	27.1%	27.1%	
Aparios	0 a 5 meses	6.1%	11.9%	11.2%	4.3%	6.6%	14.3%	9.6%	4.7%	16.9%	4.6%	4.6%	4.6%	
	6 meses	12.2%	19.3%	20.1%	31.2%	25.6%	19.0%	27.5%	23.6%	22.7%	22.7%	22.7%	22.7%	
	7 meses	10.2%	11.0%	10.6%	14.5%	10.1%	9.5%	12.7%	12.2%	11.8%	10.1%	10.1%	10.1%	
	8 meses	17.4%	17.4%	17.3%	20.3%	17.7%	19.2%	16.0%	22.6%	16.8%	16.8%	16.8%	16.8%	
	9 a 11 meses	4.1%	8.3%	12.3%	8.0%	10.1%	7.9%	7.7%	11.9%	7.9%	13.0%	13.0%	13.0%	
	12 y más meses	32.7%	32.1%	28.5%	21.7%	26.8%	30.2%	29.7%	24.1%	27.7%	27.1%	27.1%	27.1%	
Snut	0 a 5 meses	6.1%	11.9%	11.2%	4.3%	6.6%	14.3%	9.6%	4.7%	16.9%	4.6%	4.6%	4.6%	
	6 meses	12.2%	19.3%	20.1%	31.2%	25.6%	19.0%	27.5%	23.6%	22.7%	22.7%	22.7%	22.7%	
	7 meses	10.2%	11.0%	10.6%	14.5%	10.1%	9.5%	12.7%	12.2%	11.8%	10.1%	10.1%	10.1%	
	8 meses	17.4%	17.4%	17.3%	20.3%	17.7%	19.2%	16.0%	22.6%	16.8%	16.8%	16.8%	16.8%	
	9 a 11 meses	4.1%	8.3%	12.3%	8.0%	10.1%	7.9%	7.7%	11.9%	7.9%	13.0%	13.0%	13.0%	
	12 y más meses	32.7%	32.1%	28.5%	21.7%	26.8%	30.2%	29.7%	24.1%	27.7%	27.1%	27.1%	27.1%	
Vitaminas	0 a 5 meses	6.1%	11.9%	11.2%	4.3%	6.6%	14.3%	9.6%	4.7%	16.9%	4.6%	4.6%	4.6%	
	6 meses	12.2%	19.3%	20.1%	31.2%	25.6%	19.0%	27.5%	23.6%	22.7%	22.7%	22.7%	22.7%	
	7 meses	10.2%	11.0%	10.6%	14.5%	10.1%	9.5%	12.7%	12.2%	11.8%	10.1%	10.1%	10.1%	
	8 meses	17.4%	17.4%	17.3%	20.3%	17.7%	19.2%	16.0%	22.6%	16.8%	16.8%	16.8%	16.8%	
	9 a 11 meses	4.1%	8.3%	12.3%	8.0%	10.1%	7.9%	7.7%	11.9%	7.9%	13.0%	13.0%	13.0%	
	12 y más meses	32.7%	32.1%	28.5%	21.7%	26.8%	30.2%	29.7%	24.1%	27.7%	27.1%	27.1%	27.1%	
Horno	0 a 5 meses	6.1%	11.9%	11.2%	4.3%	6.6%	14.3%	9.6%	4.7%	16.9%	4.6%	4.6%	4.6%	
	6 meses	12.2%	19.3%	20.1%	31.2%	25.6%	19.0%	27.5%	23.6%	22.7%	22.7%	22.7%	22.7%	
	7 meses	10.2%	11.0%	10.6%	14.5%	10.1%	9.5%	12.7%	12.2%	11.8%	10.1%	10.1%	10.1%	
	8 meses	17.4%	17.4%	17.3%	20.3%	17.7%	19.2%	16.0%	22.6%	16.8%	16.8%	16.8%	16.8%	
	9 a 11 meses	4.1%	8.3%	12.3%	8.0%	10.1%	7.9%	7.7%	11.9%	7.9%	13.0%	13.0%	13.0%	
	12 y más meses	32.7%	32.1%	28.5%	21.7%	26.8%	30.2%	29.7%	24.1%	27.7%	27.1%	27.1%	27.1%	
Minerales	0 a 5 meses	6.1%	11.9%	11.2%	4.3%	6.6%	14.3%	9.6%	4.7%	16.9%	4.6%	4.6%	4.6%	
	6 meses	12.2%	19.3%	20.1%	31.2%	25.6%	19.0%	27.5%	23.6%	22.7%	22.7%	22.7%	22.7%	
	7 meses	10.2%	11.0%	10.6%	14.5%	10.1%	9.5%	12.7%	12.2%	11.8%	10.1%	10.1%	10.1%	
	8 meses	17.4%	17.4%	17.3%	20.3%	17.7%	19.2%	16.0%	22.6%	16.8%	16.8%	16.8%	16.8%	
	9 a 11 meses	4.1%	8.3%	12.3%	8.0%	10.1%	7.9%	7.7%	11.9%	7.9%	13.0%	13.0%	13.0%	
	12 y más meses	32.7%	32.1%	28.5%	21.7%	26.8%	30.2%	29.7%	24.1%	27.7%	27.1%	27.1%	27.1%	
Carbón	0 a 5 meses	6.1%	11.9%	11.2%	4.3%	6.6%	14.3%	9.6%	4.7%	16.9%	4.6%	4.6%	4.6%	
	6 meses	12.2%	19.3%	20.1%	31.2%	25.6%	19.0%	27.5%	23.6%	22.7%	22.7%	22.7%	22.7%	
	7 meses	10.2%	11.0%	10.6%	14.5%	10.1%	9.5%	12.7%	12.2%	11.8%	10.1%	10.1%	10.1%	
	8 meses	17.4%	17.4%	17.3%	20.3%	17.7%	19.2%	16.0%	22.6%	16.8%	16.8%	16.8%	16.8%	
	9 a 11 meses	4.1%	8.3%	12.3%	8.0%	10.1%	7.9%	7.7%	11.9%	7.9%	13.0%	13.0%	13.0%	
	12 y más meses	32.7%	32.1%	28.5%	21.7%	26.8%	30.2%	29.7%	24.1%	27.7%	27.1%	27.1%	27.1%	
Proteínas	0 a 5 meses	6.1%	11.9%	11.2%	4.3%	6.6%	14.3%	9.6%	4.7%	16.9%	4.6%	4.6%	4.6%	
	6 meses	12.2%	19.3%	20.1%	31.2%	25.6%	19.0%	27.5%	23.6%	22.7%	22.7%	22.7%	22.7%	
	7 meses	10.2%	11.0%	10.6%	14.5%	10.1%	9.5%	12.7%	12.2%	11.8%	10.1%	10.1%	10.1%	
	8 meses	17.4%	17.4%	17.3%	20.3%	17.7%	19.2%	16.0%	22.6%	16.8%	16.8%	16.8%	16.8%	
	9 a 11 meses	4.1%	8.3%	12.3%	8.0%	10.1%	7.9%	7.7%	11.9%	7.9%	13.0%	13.0%	13.0%	
	12 y más meses	32.7%	32.1%	28.5%	21.7%	26.8%	30.2%	29.7%	24.1%	27.7%	27.1%	27.1%	27.1%	
Potasio	0 a 5 meses	6.1%	11.9%	11.2%	4.3%	6.6%	14.3%	9.6%	4.7%	16.9%	4.6%	4.6%	4.6%	
	6 meses	12.2%	19.3%	20.1%	31.2%	25.6%	19.0%	27.5%	23.6%	22.7%	22.7%	22.7%	22.7%	
	7 meses	10.2%	11.0%	10.6%	14.5%	10.1%	9.5%	12.7%	12.2%	11.8%	10.1%	10.1%	10.1%	
	8 meses	17.4%	17.4%	17.3%	20.3%	17.7%	19.2%	16.0%	22.6%	16.8%	16.8%	16.8%	16.8%	
	9 a 11 meses	4.1%	8.3%	12.3%	8.0%	10.1%	7.9%	7.7%	11.9%	7.9%	13.0%	13.0%	13.0%	
	12 y más meses	32.7%	32.1%	28.5%	21.7%	26.8%	30.2%	29.7%	24.1%	27.7%	27.1%	27.1%	27.1%	
Fibra	0 a 5 meses	6.1%	11.9%	11.2%	4.3%	6.6%	14.3%	9.6%	4.7%	16.9%	4.6%	4.6%	4.6%	
	6 meses	12.2%	19.3%	20.1%	31.2%	25.6%	19.0%	27.5%	23.6%	22.7%	22.7%	22.7%	22.7%	
	7 meses	10.2%	11.0%	10.6%	14.5%	10.1%	9.5%	12.7%	12.2%	11.8%	10.1%	10.1%	10.1%	
	8 meses	17.4%	17.4%	17.3%	20.3%	17.7%	19.2%	16.0%	22.6%	16.8%	16.8%	16.8%	16.8%	
	9 a 11 meses	4.1%	8.3%	12.3%	8.0%	10.1%	7.9%	7.7%	11.9%	7.9%	13.0%	13.0%	13.0%	
	12 y más meses	32.7%	32.1%	28.5%	21.7%	26.8%	30.2%	29.7%	24.1%	27.7%	27.1%	27.1%	27.1%	
Otros	0 a 5 meses	6.1%	11.9%	11.2%	4.3%	6.6%	14.3%	9.6%	4.7%	16.9%	4.6%	4.6%	4.6%	
	6 meses	12.2%	19.3%	20.1%	31.2%	25.6%	19.0%	27.5%	23.6%	22.7%	22.7%	22.7%	22.7%	
	7 meses	10.2%	11.0%	10.6%	14.5%	10.1%	9.5%	12.7%	12.2%	11.8%	10.1%	10.1%	10.1%	
	8 meses	17.4%	17.4%	17.3%	20.3%	17.7%	19.2%	16.0%	22.6%	16.8%	16.8%	16.8%	16.8%	
	9 a 11 meses	4.1%	8.3%	12.3%	8.0%	10.1%	7.9%	7.7%	11.9%	7.9%	13.0%	13.0%	13.0%	
	12 y más meses	32.7%	32.1%	28.5%	21.7%	26.8%	30.2%	29.7%	24.1%	27.7%	27.1%	27.1%	27.1%	
No sabe	0 a 5 meses	28.6%	26.0%	15.6%	14.2%	10.4%	30.8%	19.6%	9.7%	21.3%	6.7%	6.7%	6.7%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	11 meses o menos	46.1%	12.5%	1.3%	14.1%	11.8%	18.2%	11.1%	7.9%	12.6%	0.1%	0.1%	0.1%	
	12 meses	46.1%	34.8%	33.9%	40.1%	36.6%	39.4%	42.6%	31.0%	41.0%	31.1%	31.1%	31.1%	
	13 a 18 meses	16.2%	1											

5.3. Prácticas de alimentación del niño

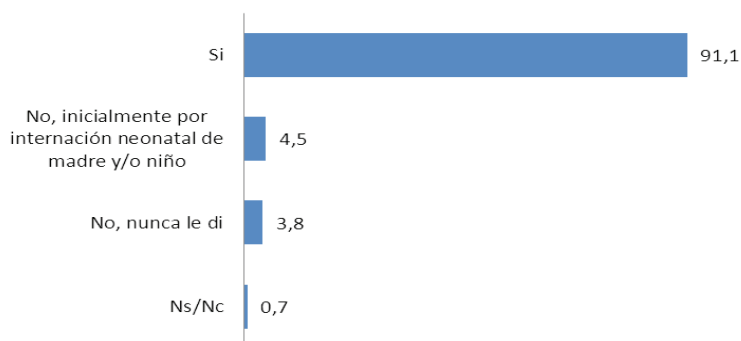
Dentro de las prácticas de crianza, las que conciernen a la alimentación adquieren fundamental importancia como se mencionara anteriormente.

5.3.1. Lactancia Materna

La OMS sostiene que la lactancia materna debe sostenerse hasta los 24 meses de vida del menor (con alimentación complementaria luego de los 6 meses). Al respecto el 91,1% de las informantes/madres con niños entre 0 y 2 años dieron al niño recién nacido el pecho. Sólo el 8,3% no lo hizo y, más de la mitad de las que no lo hicieron (4,5%), se debió a internación de la madre y/o niño. (Figura 5.12).

Si comparamos estos datos con la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2007) se observa un menor porcentaje de iniciación a la lactancia que la encontrada en este estudio, donde el 95,4% de los recién nacidos inició su alimentación con lactancia materna y el resto que no recibió pecho se debió, en más de la mitad de los casos, a enfermedad de la madre y/o niño, siendo minoritario los casos en los que se debió a la falta de leche.

Figura 5.12. Iniciación a la lactancia



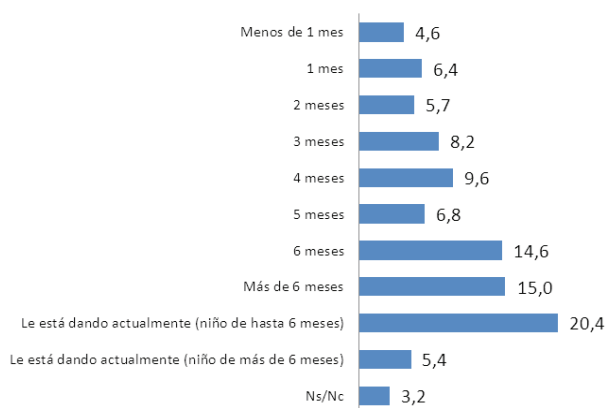
Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.

Si bien el grado de amamantamiento al nacer es alto, no lo es así su continuidad. En efecto, sólo el 16,9% de las informantes/madres continúan dando de amamantar a sus hijos hasta los 24 meses.

Excluyendo a las informantes/madres con niños entre 0 y 24 meses que continúan dando de amamantar (25,7% del total), el 33,7% afirmó haberle dado el pecho de manera exclusiva hasta los 3 meses o menos, el 41,8% entre los 4 y los 6 meses y un 20,2% por encima de los 6 meses. Sólo un 14,6% de las prácticas se encuentran enmarcadas en la normativa de expectativa de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, un 41,3% por debajo y un 20,4% por encima. (Figura 5.13). Lo primero pone en alerta sobre potenciales déficits del niño respecto a nutrientes que requieren para un crecimiento y desarrollo saludables en general y de un potencial riesgo a infecciones en particular. Lo segundo puntualiza un riesgo de malnutrición por déficits de energía

y nutrientes que los niños mayores a los 6 meses requieren en este período de desarrollo. Como se dijo anteriormente, la lactancia sólo puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y hasta un 40% entre los 12 a 24 meses (OMS, 2012).

Figura 5.13. Duración de la Lactancia Materna exclusiva (LME)



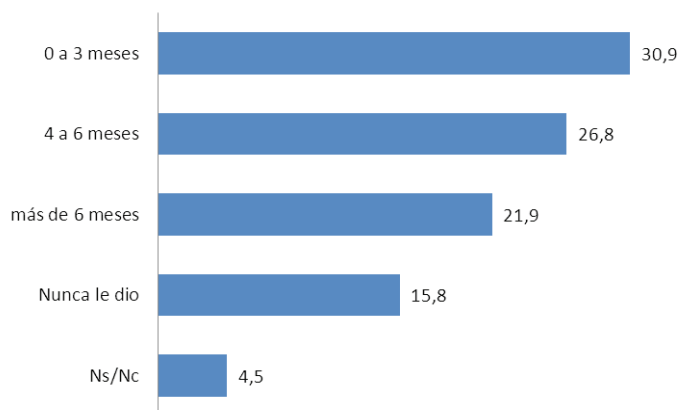
Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.

Este comportamiento es diferencial según ciertos atributos. A saber, los ERS bajo y medio bajo son quienes presentan las mayores proporciones de duración de la Lactancia materna exclusiva hasta 3 meses o menos. (Tabla 4).

Entre las informantes/madres con niños entre 0 y 24 meses que continúan dando de amamantar (25,8% del total), la mayoría (68,2%) lo sigue haciendo dentro del margen normativo adecuado de hasta los 6 meses. De manera inadecuada un 25,7% continúan amamantando con leche materna

de manera exclusiva por encima del rango esperado (entre los 7 y los 12 meses). (Tabla 5).

Figura 5.14. Edad de incorporación de otra leche



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.

Nuevamente con la *incorporación de otra leche* se observa un patrón de corrimiento respecto a la norma sobre la lactancia materna exclusiva. En efecto, un 30,9% de las informantes/madres afirmaron haber incorporado otra leche entre los 0 y 3 meses durante uno de los tramos más sensibles y tempranos del crecimiento del niño. Asimismo, un 26,8% incorporó otra leche entre los 4 y 6 meses. En conjunto, casi 6 de cada 10 madres incorporaron otra leche durante el período de lactancia materna exclusiva. Sólo el 22% de las prácticas asumen un patrón normativo pertinente con la incorporación de leche modificada o de fórmula después del 6° mes. (Figura 5.14).

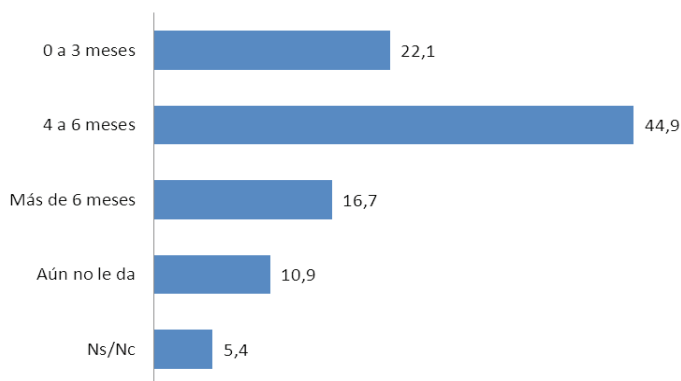
La incorporación de otra leche a partir de los 6 meses debe ajustarse a patrones de leche de fórmula o modificadas artificialmente. Un niño menor de dos años que no recibe leche materna debe consumir leches modificadas apropiadas a su edad. Si no se provee de leche adecuada, el niño puede aumentar el riesgo de padecer anemia, de que no consuma una cantidad adecuada de nutrientes específicos como ácidos grasos esenciales y de que el riñón deba soportar una carga excesiva de solutos (ENNYS, 2010).

La incorporación de otra leche en el período más sensible (0 a 3 meses) se da en mayor proporción en aquellas que tienen secundario incompleto o menos y en hogares NBI.

Asimismo, casi la mitad de las informantes/madres incorporó otros líquidos (agua, jugos o yogur líquido) antes del 6° mes. La incorporación de otros líquidos se da en menor proporción entre los 0 y 3 meses que entre los 4 y 6. En efecto en el primer caso, lo hacen en un 22,1% mientras que en el segundo en un 44,9% (entre el 4to y 5to mes se dio en el 24,5% de los casos). (Figura 5 .15). En este sentido si se reconoce la normativa de la OMS un 67% de los niños incorporaron otros líquidos. Esto sería de menor envergadura si flexibilizamos dicho umbral.

La oferta de otros líquidos en el período de extrema sensibilidad se da principalmente en entornos ERS Medio Bajo y en hogares con informantes con nivel educativo de secundario incompleto o menos.

Figura 5.15. Edad de incorporación de otros líquidos (agua/jugos/yogur)



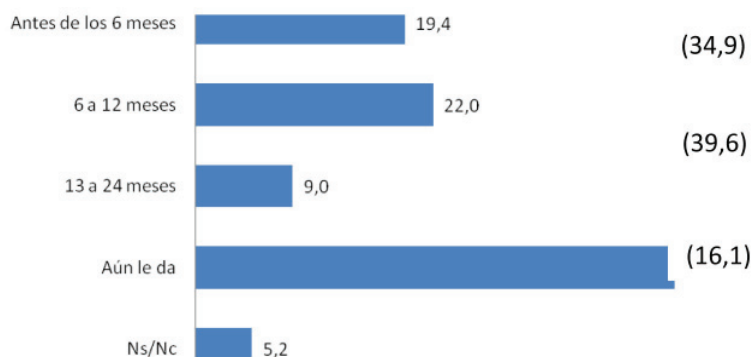
Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.

La normativa de la OMS plantea que la lactancia materna total debe extenderse hasta los 24 meses o más. Considerando el total de casos en donde se incluye a los que continúan recibiendo lactancia materna, más de la mitad ha finalizado la lactancia materna total antes de los 24 meses. (Figura 5.16). En efecto, un 9% de las informantes/madres refirió 12 meses como momento de finalización de la lactancia materna total y un 19,4% antes de los 6 meses. Estos valores muestran datos coincidentes con los aportados por la ENNyS, donde al año poco más del 40% de los niños ya no recibía LM (41,4% en nuestro estudio).

No obstante, al evaluar la duración total de la lactancia en el grupo que dejó de recibir, el 35% lo hizo antes de los 6 meses, el 40% entre los 6 y 12 meses y un 16% entre los 13 y 24 meses.

La extensión de lactancia materna total es mayor en aquellos casos que pertenecen a los ERS bajos, en informantes con secundario incompleto o menos, en jóvenes y en desocupadas. La misma tendencia muestra la ENNyS (2010) donde la prevalencia de LM fue más elevada en los hogares en estrato socio residenciales más desfavorables (38,6% de las madres indigentes y 22,8% de las no pobres).

Figura 5.16. Duración de la lactancia materna total (LMT)



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.

Si bien, como se ha mencionado, la casi totalidad de las madres puso al pecho a su hijo, en el transcurso de los primeros meses la práctica de lactancia exclusiva fue decayendo, siendo insuficiente su duración en términos normativos para un alto porcentaje. Buena proporción de las mujeres incorporó otros leches y otros líquidos a la alimentación de sus hijos antes del sexto mes.

Las principales razones de suspensión de la lactancia brindadas por la informantes, se relacionaron con: la *interrupción o disminución en la producción de leche* (26,0%), la

apreciación de que el niño se quedaba con hambre (17,4%), rechazo del niño (12,5%). Entre las madres informantes que dejaron de dar el pecho antes de los 6 meses la razón primordial radica en que se terminó la leche de la madre (40,4%). Entre aquellas que dejaron de amamantar entre los 6 y los 12 meses continuó dicha razón (27,6%) seguida por la percepción de que el niño se quedaba con hambre (17,2%). Las razones de quienes dejaron de dar el pecho entre los 13 y 24 meses se vinculan principalmente con la edad del niño (33,3%). (Tabla 6)

Según datos de la ENNyS (2010) las principales razones de abandono son coincidentes con nuestra investigación en el caso de los más pequeños (0 a 3 meses) donde la respuesta dada por las informantes es “*me quedé sin leche*” en más de la mitad de los casos. A medida que aumenta la edad del niño (4 a 6 meses) las razones encontradas en ambos estudios difieren. En el caso de la ENNyS entre los 4 y 6 meses la razón es *tener que salir a trabajar* (segunda causa más importante de abandono) y, en el caso del grupo de 13 a 24 meses es la *indicación médica* (42%), contrastando con nuestros datos que para el mismo grupo etario arrojan un 12,5%.

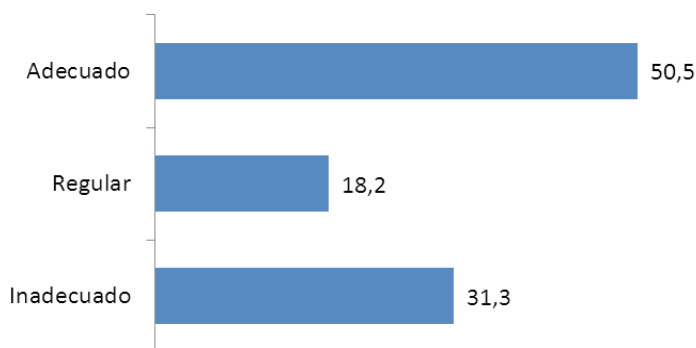
5.3.2. Índice Patrones de Lactancia Materna

Finalmente, para esta dimensión, el *Índice Integrado* se compone de 5 variables referidas a prácticas de lactancia materna. Las prácticas relevadas fueron: lactancia materna al nacer (iniciación de la lactancia), duración de la lactancia materna exclusiva, edad del niño en la incorporación de otra

leche, edad del niño en la incorporación de otros líquidos, edad de suspensión de la lactancia materna. Los puntos de corte considerados en la evaluación de adecuación de las prácticas de lactancia materna exclusiva y de incorporación de otras leches y/o líquidos se basaron en las metas de lactancia materna exclusiva (no de la norma) y en el caso de la lactancia materna total una duración de 12 a 24 meses.

A partir de un puntaje máximo de 5 se consideró: inadecuado (0 a 2), regular (3) y adecuado (4-5). La evaluación de las prácticas de lactancia materna mostró que el 31,3% de la informantes/madres sostiene prácticas inadecuadas, unos 18,2% regulares y unos 50,5% consideradas en el marco de la adecuación. (Figura 5.17).

Figura 5.17. Índice integrado Patrones de Lactancia Materna



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.

La correlación entre la creencia y la práctica en lactancia materna exclusiva es marcada. Entre quienes sostienen

una creencia de que la lactancia materna exclusiva debe sostenerse entre los 0 y 3 meses mantienen una práctica de Lactancia apegada a tales creencias en más del 70% y en un 60% entre quienes consideran que debe ser entre los 4 y 6 meses.

5.3.3. Alimentación complementaria

Como enunciamos en párrafos anteriores la maduración psicomotora del niño y de su aparato gastrointestinal lo prepara para condiciones de alimentación diferentes a cada edad. Alrededor de los 6 meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante requieren la introducción de alimentos diferentes de la leche: es el momento de comenzar con la ACO.

Su carencia, insuficiencia e inadecuación puede afectar el crecimiento aumentando el riesgo de malnutrición (WHO, 2000 cit. por Abeya Gilardón, 2009).

En relación a los datos obtenidos, las informantes expresaron en un 35,9% que le ofrecieron a sus hijos alimentación complementaria antes de cumplir los 6 meses: un 25% a los 4 y 5 meses (alimentación complementaria temprano) y un 11,9% a los 3 meses o menos (alimentación complementaria muy temprana). Estos resultados son señalados también por el Observatorio de la Maternidad (2010). Casi 3 de cada 10 informantes/madres sostuvieron una práctica de adecuación en 6 meses para la alimentación complementaria siendo esto más evidente a medida que aumenta el ERS. Estos datos concuerdan, en líneas generales, con los de la ENNyS en donde se observa que en los hogares más pobres la proporción de

niños que recibieron alimentos antes del 4° mes fue más alta que en los hogares más favorecidos económicamente, pero en el grupo de 4 a 6 meses la introducción temprana de alimentos se observa en mayor proporción en los hogares no pobres (ENNyS, 2010).

Tabla 7 Tipo de alimentos incorporados en la alimentación complementaria

Verdura/s	Carne/s	Fruta/s	Cereal/es
231	106	148	156
79,1%	36,3%	50,7%	53,4%

Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.

Las informantes/madres sostuvieron que cuando iniciaron la alimentación complementaria en la forma de papillas, los alimentos más usados fueron: verduras 79,1%, Cereales 53,4%, Frutas 50,7%, Lácteos (yogurt) 36,6% y Carnes 36,3%. (Tabla...).

Dentro de las *verduras* se destaca el zapallo (41,4%), la papa (28,8%) y la zanahoria (20,3%). En términos de combinatorias, el uso de “papa | zapallo |zanahoria” fue la más frecuente (23%); seguida por “papa | zapallo” (22,5%); el zapallo sólo se presentó en tercer lugar (16%) y con un 14% apareció la combinatoria “zapallo | zanahoria”.

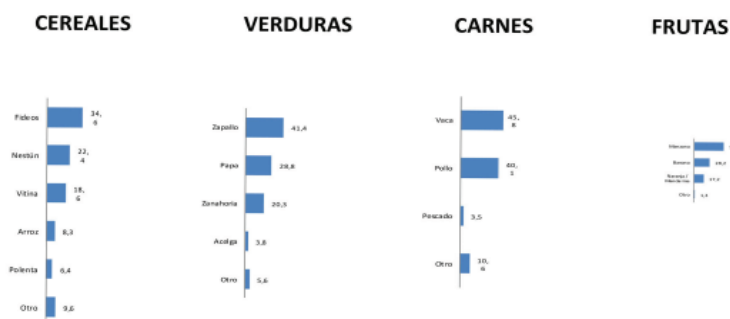
Dentro de los *cereales* se mencionan los fideos (34,6%), los cereales infantiles –Nestum®– (22,4%) y sémola (18,6%). Un contraste evidente es entre los fideos que aparecen en

el ERS bajo (con el 46,3%) y los cereales infantiles que en el ERS medio y medio alto tienen las mayores proporciones (28,6% y 38,7% respectivamente).

Dentro de las *Carnes*, las de vaca (45,8%) y pollo (40,1%) concentran el 85,9% de los consumos iniciales.

Entre los consumos de *Frutas* la manzana se registra en el 53,4%, la banana en el 28,2% y en el 17,2% la naranja y/o mandarina. (Figura 5.18).

Figura 5.18. Alimentos incluidos en las primeras papillas



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.

Al indagar sobre el agregado de algún ingrediente a estas primeras papillas, la mayor proporción respondió que hizo agregados (68,6%). Los agregados mencionados fueron: la sal, el caldo, el aceite, la margarina, la leche (en polvo/fluida), el azúcar y el queso. De ellos, los más utilizados fueron el aceite (presente en el 43,4% de los casos), la leche (en el 28,3% de los casos), la sal (en el 36,8% de los casos) y el caldo (en el 31,6% de los casos). En esto vale destacar que tanto la sal como el caldo son dos componentes que, sin aportar

beneficios a la alimentación del niño, tienen una muy fuerte presencia en las preparaciones de las primeras papillas.

Figura 5.18.I Agregados a las primeras papillas

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
Sal	56	23,6%	36,8%
Caldo	48	20,3%	31,6%
Leche	43	18,1%	28,3%
Margarina	7	3,0%	4,6%
Aceite	66	27,8%	43,4%
Azucar	4	1,7%	2,6%
Queso	13	5,5%	8,6%
	237	100,0%	155,9%

Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.

5.4. Hábitos de desayuno del niño de 25 a 72 meses

En la etapa preescolar, dado que los niños comienzan a presentar más autonomía, comen solos, son más selectivos y demandan sus preferencias, es fundamental que se le continúe prestando atención a la calidad y cantidad de alimentos que ingieren.

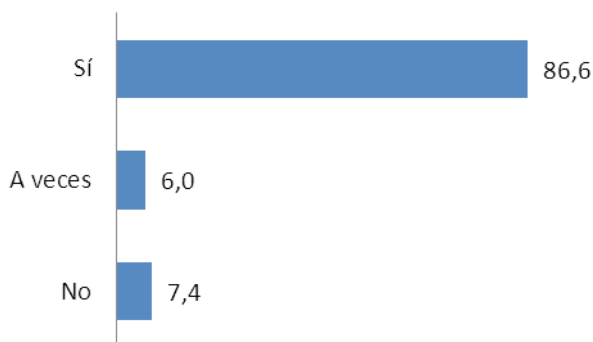
Dentro de las recomendaciones nutricionales tanto nacionales como internacionales, se enfatiza la importancia del desayuno y particularmente su relación con el aprendizaje. El desayuno debe ser una de las principales comidas del día y aportar entre el 20 a 25% de las necesidades energéticas y nutricionales diarias. Su omisión o la ingesta de un desayuno insuficiente puede repercutir en las actividades físicas e intelectuales de los niños tales como la disminución de la atención y del rendimiento escolar (Sanchez, 2000; Kleinman, 2002; UNICEF, 2002; Rampersaud, 2005).

Los alimentos que se incluyen al despertar, después de varias horas de ayuno, influyen sobre la capacidad de concentración y de estar alerta en las horas subsiguientes, sobre el análisis de la información y la evocación de los conocimientos aprendidos, habiéndose demostrado su relación con el rendimiento escolar.

Un desayuno completo debe incluir lácteos, pan ó cereales y frutas o jugo de frutas frescas; en conclusión: los alimentos consumidos en el desayuno deberían aportar, además de energía, calcio, vitaminas A, C, D, B y fibra.

La realización del desayuno tiene presencia en el 92,1% de los niños de entre 25 y 72 meses. Para la mayoría de los niños de 25 a 72 meses el desayuno es una comida presente y centralmente realizada en su hogar. En efecto, el 86,6% de los niños recibió *desayuno* en su hogar y el resto (7,4%) lo recibió mayoritariamente en la escuela. (Figura 5.19).

Figura 5.19. Realización del desayuno en el hogar



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 516.

Del conjunto de niños que recibieron el desayuno, la mayoría recibía uno considerado incompleto en su composición, el 36,5% estaba integrado por lácteos e hidratos de carbono. (Figura 5.20).

Figura 5.20. Composición del desayuno



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 516.

Angeleri y col. (2007) observaron que el porcentaje de niños de 7 a 12 años que consumía el desayuno era del 94%, sin embargo sólo el 5% había realizado un desayuno de calidad nutricional completa. Karlen y col. (2011) en una encuesta realizada a estudiantes de 18 a 21 años encuentran que el 95% desayunaba, pero sólo el 15% realizaba un “desayuno de buena calidad” (completo ó adecuado). Si bien en estos estudios los grupos de edad son diferentes

vemos que se mantiene la misma tendencia que en nuestro relevamiento.

5.5. Síntesis de los resultados:

De los datos analizados en este apartado sobre la alimentación se destacan los siguientes:

- √ Con relación a las creencias sobre la duración de la lactancia materna exclusiva, sólo el 40% sostuvo una creencia ajustada a la norma (6 meses). Incluso un 30% refirió edades más tempranas y el resto edades por encima de los seis meses, situaciones ambas de riesgo para la salud.
- √ Respecto de la duración total, sólo un 3% cree que debe continuarse con la lactancia materna hasta los 24 meses y más, ajustado a las normas. La mayoría refirió edades más tempranas aunque comprendidas entre los 12 y 24 meses.
- √ Siguiendo en el nivel de las creencias, la edad de incorporación de alimentación complementaria muestra ser la adecuada (a los 6 meses) en el 40 %. El mismo porcentaje cree que debe realizarse antes de esa edad; el resto a edades superiores. Así se observa una proporción elevada de creencias inadecuadas de incorporación temprana o tardía de la alimentación complementaria que pueden ocasionar riesgos potenciales en la salud de los niños.
- √ Respecto a la incorporación de alimentos trozados, se observó que poco más de la mitad se corresponde

con las normas (8 a 12 meses). No obstante un tercio cree que debe realizarse luego del año, corrimiento que de concretarse, puede ser la causa de ciertos déficits nutricionales.

- √ La creencia ajustada a la norma en la incorporación de carne (entre los 6 y 7 meses) estuvo presente sólo en el 34,6%. Más de la mitad refirió edades más avanzadas (situación que puede originar ciertos déficits, sobre todo hierro). Una minoría refirió edades inferiores a los 6 meses.
- √ La opinión sobre la frecuencia conveniente de consumo de carnes arrojó ser mayoritariamente adecuada. Cabe destacar que con respecto al consumo de frutas y verduras la casi totalidad (90%) sostuvo la importancia de consumirlas diariamente, valorando las tres cuartas partes, el aporte de vitaminas de las mismas. Sólo una minoría mencionó el aporte de minerales de frutas y verduras.
- √ La mayoría consideró que los niños pueden incorporarse en el consumo de comidas que integran la mesa familiar a partir de los 13 meses, rango tardío si se considera que deben hacerlo al año (edad que fue mencionada por el 38%).
- √ Con respecto al uso de utensilios, bastante menos de la mitad (41%) manifestó creencias acordes a la normativa (que lo sitúa entre los 18 a 24 meses del niño). Poco más de la mitad refirió edades inferiores.

- √ Con relación a los alimentos que pueden contribuir a prevenir la anemia el 66,2% tiene conocimientos adecuados con relación al aporte de hierro de la carne. Sin embargo un 38% también considera –erróneamente– que la soja cumple esa función, lo mismo que una cuarta parte que indica a las frutas secas.
- √ El índice que resume las creencias sobre alimentación infantil muestra que sólo un 13% se ubica en la categoría de adecuación. En este sentido, la mayor proporción de las respuestas expresan una situación que requiere atención generalizada ya que atraviesa a todos los ESR, niveles educativos y grupos de edad de las mujeres/ madres.
- √ De la información aportada sobre prácticas de alimentación se destaca que si bien la iniciación a la lactancia se dio en la casi totalidad, no fue así su continuidad hasta los 6 meses como alimentación exclusiva. Más de la mitad incorporó otra leche antes de los 6 meses; sólo una quinta parte incorporó otra leche, modificada o de fórmula, según normas. Similar situación se observa con la *incorporación de otros líquidos*, como agua, jugos y yogurt.
- √ Cabe destacar la correlación fuerte entre creencias y prácticas sobre lactancia materna exclusiva.
- √ Con respecto a la *duración total de la lactancia materna total*, más de la mitad la había interrumpido antes de los 24 meses de edad de sus hijos y un poco menos

de la mitad (41%) ya no recibía pecho al año. Ciertas condiciones como: pertenecer a ERS bajos, tener bajo nivel educativo o ser madre joven, se relacionan con la mayor extensión de la lactancia.

- ✓ El *índice Integrado de lactancia materna* refleja que la mitad presentó prácticas adecuadas.
- ✓ *En cuanto a la alimentación complementaria*, casi 3 de cada 10 de las encuestadas la incorporó oportunamente (a los 6 meses); vale decir que la incorporación muy precoz (antes de los 4 meses) se evidencia en los hogares más desfavorecidos. Los alimentos más usados en la preparación de las primeras papillas fueron los indicados aunque muchas utilizan en la preparación de papillas ingredientes no recomendados (sal y caldo).
- ✓ El hábito del desayuno en los niños de 25 a 72 meses (único indicador de prácticas alimentarias relevadas en este grupo) se presenta en casi la totalidad de los niños (92%). Sin embargo sólo el 36,5% recibía un desayuno considerado completo (incluyendo lácteos, hidratos de carbono y frutas).

5.6. Anexo Apartado 5.3

Tabla 4

		GRUPO ETARIO					MAXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO POR EL INFORMANTE			ESTRATOS SOCIOECONOMICOS RESIDENCIALES: BMS MM MA			
		14 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 y más años	Sin Instrucción Primaria Incompleta	Primaria Completa Secundaria Incompleta	Secundaria Completa o más	Bajo Medio Bajo	Medio Medio Alto	Total	Total
¿Cuándo nació su hijo, ¿le dio el pecho?	Si	88.3%	96.4%	93.8%	93.5%	83.1%	87.0%	92.0%	91.8%	90.0%	93.1%	91.1%	
	No, inicialmente por información neonatal de madre y/o niño	8.8%	3.6%	2.5%	4.8%	5.1%	.0%	3.2%	4.7%	5.0%	2.8%	4.5%	
	No, nunca lo di	5.9%	.0%	1.2%	1.6%	11.9%	9.1%	3.2%	3.5%	3.6%	4.2%	3.8%	
	Ns/Nc	.0%	.0%	2.5%	.0%	.0%	3.0%	.8%	.0%	.9%	.0%	.7%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
¿Hasta qué edad le dio solo el pecho?	Menos de 1 mes	3.1%	5.4%	2.9%	3.3%	9.4%	.0%	2.5%	7.4%	4.2%	5.9%	4.6%	
	1 mes	9.4%	8.9%	7.6%	3.3%	3.8%	9.7%	7.4%	2.5%	7.5%	2.9%	6.4%	
	2 meses	6.3%	1.8%	10.1%	5.0%	3.8%	3.2%	5.8%	6.2%	6.1%	4.4%	5.7%	
	3 meses	3.1%	12.5%	7.6%	6.3%	7.5%	12.9%	9.9%	4.9%	9.4%	4.4%	9.2%	
	4 meses	12.5%	8.9%	7.6%	11.7%	9.4%	6.5%	11.6%	6.2%	8.0%	14.7%	9.6%	
	5 meses	3.1%	5.4%	6.3%	10.0%	7.5%	12.9%	7.4%	6.2%	8.0%	2.9%	6.8%	
	6 meses	12.5%	10.7%	17.7%	13.3%	17.0%	16.4%	9.9%	22.2%	14.6%	14.7%	14.6%	
	Más de 6 meses	12.5%	20.0%	13.9%	11.7%	11.3%	6.9%	16.5%	17.3%	12.7%	22.1%	14.0%	
	Le está dando actualmente (niño de hasta 5 meses)	25.0%	16.1%	19.0%	23.3%	20.8%	16.1%	22.3%	19.8%	20.8%	19.1%	20.4%	
	Le está dando actualmente (niño de más de 6 meses)	6.3%	3.6%	5.1%	8.3%	3.8%	3.2%	5.0%	4.9%	5.2%	5.9%	5.4%	
	Ns/Nc	6.3%	1.8%	2.8%	1.7%	5.7%	9.7%	1.7%	2.6%	3.0%	2.9%	3.2%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
¿A qué edad comenzó a darle otro leche que no fuera pecho?	0 a 3 meses	29.6%	34.0%	26.7%	28.6%	37.0%	30.0%	33.6%	26.7%	31.5%	29.2%	30.9%	
	4 a 6 meses	29.6%	24.5%	26.7%	26.8%	27.8%	36.7%	25.9%	28.0%	29.0%	20.0%	26.8%	
	Más de 6 meses	25.0%	24.5%	22.7%	23.2%	14.8%	13.3%	20.7%	25.3%	19.5%	29.2%	21.9%	
	Nunca le di	14.8%	13.2%	20.0%	17.9%	11.1%	16.7%	15.5%	13.3%	16.0%	15.4%	15.8%	
	Ns/Nc	.0%	3.8%	4.0%	3.6%	9.3%	3.3%	4.3%	6.7%	4.0%	6.2%	4.5%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
¿A qué edad comenzó a darle otros líquidos?	0 a 3 meses	23.3%	14.0%	36.4%	17.6%	21.8%	31.3%	22.0%	16.3%	23.0%	19.8%	22.1%	
	4 a 6 meses	56.7%	47.3%	32.9%	50.9%	47.3%	46.9%	49.2%	43.0%	43.0%	50.7%	44.9%	
	Más de 6 meses	10.0%	23.6%	19.0%	15.8%	10.9%	12.5%	15.3%	15.0%	17.4%	14.6%	16.7%	
	Aun no le di	10.0%	10.9%	10.1%	12.3%	10.9%	6.3%	8.5%	18.8%	11.1%	10.1%	10.9%	
	Ns/Nc	.0%	3.8%	7.6%	3.5%	9.1%	3.1%	5.1%	7.5%	5.3%	9.8%	5.4%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
¿A qué edad dejó de darle el pecho?	Antes de los 6 meses	17.8%	23.6%	14.3%	16.6%	23.0%	16.1%	20.5%	17.7%	19.4%	19.4%	19.4%	
	6 a 12 meses	31.4%	23.6%	22.1%	21.4%	21.2%	32.3%	11.6%	34.2%	21.4%	23.8%	22.0%	
	13 a 24 meses	3.8%	9.1%	10.4%	8.9%	9.8%	9.7%	13.4%	3.8%	8.5%	10.4%	9.0%	
	Aun le da	57.1%	38.2%	46.8%	46.4%	38.5%	35.5%	51.8%	38.0%	46.8%	37.3%	44.4%	
	Ns/Nc	.0%	5.5%	6.5%	3.6%	7.7%	5.0%	2.7%	6.3%	4.0%	9.0%	5.2%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
Índice Prácticas de Lactancia Materna	Inadecuado	32.4%	32.1%	30.9%	24.6%	37.3%	36.4%	31.2%	28.2%	31.1%	31.9%	31.3%	
	Regular	17.6%	23.2%	14.8%	16.4%	20.2%	9.1%	20.8%	22.4%	28.1%	12.5%	18.2%	
	Adecuado	50.0%	44.6%	54.3%	59.0%	42.4%	54.5%	48.0%	49.4%	48.9%	55.6%	50.5%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.

Tabla 5

		Creencia en Lactancia Materna Exclusiva				Total
		0 a 3 meses	4 a 6 meses	Más de 6 meses	No Contesta	
Práctica en Lactancia Materna Exclusiva	0 a 3 meses	46,3%	23,0%	14,5%	44,4%	25,0%
	4 a 6 meses	14,6%	37,9%	27,5%	11,1%	31,1%
	más de 6 meses	2,4%	12,4%	27,5%	22,2%	15,0%
	Le está dando actualmente (niño de hasta 6 meses)	24,4%	19,3%	20,3%	22,2%	20,4%
	Le está dando actualmente (niño de más de 6 meses)	7,3%	3,7%	8,7%	,0%	5,4%
	Ns/Nc	4,9%	3,7%	1,4%	,0%	3,2%
Total		41	161	69	9	280
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.

Chi²= 0,001.

Tabla 6

		¿A qué edad dejó de darle el pecho?				
		Antes de los 6 meses	6 a 12 meses	13 a 24 meses	Aún le da	Ns/Nc
¿Por qué dejó de darle el pecho?	Se terminó la leche de la madre	40,4%	27,6%	4,2%	,0%	14,3%
	Se quedaba con hambre	15,4%	17,2%	16,7%	66,7%	14,3%
	Rechazo del niño	15,4%	8,6%	12,5%	,0%	28,6%
	Edad del niño	,0%	5,2%	33,3%	,0%	,0%
	Trabajo de la madre	7,7%	6,9%	,0%	,0%	14,3%
	Enfermedad de la madre	7,7%	3,4%	8,3%	,0%	,0%
	La leche no servía, era aguada	,0%	5,2%	4,2%	,0%	,0%
	Indicación profesional	1,9%	3,4%	12,5%	,0%	,0%
	Otros	9,6%	22,4%	8,3%	,0%	14,3%
	Ns/Nc	1,9%	,0%	,0%	33,3%	14,3%
Total		52	58	24	3	7
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.
Chi²= 0,000.

Tabla 8

	GRUPO ETARIO					MAXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO POR EL RESPONDIENTE				ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS RESIDENTIALES EN LA URB. MAL			
	14 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 y más años	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa o más	Bajo	Medio	Medio	Total
¿Cuentas tu hijo de lechosa con leche en la casa?													
Si	87,5%	90,0%	87,5%	88,9%	82,3%	80,0%	80,0%	88,5%	92,0%	87,2%	85,4%	88,8%	88,8%
No	6,3%	3,3%	8,0%	2,8%	11,0%	12,5%	7,0%	4,6%	4,6%	7,5%	7,0%	7,4%	7,4%
A veces	6,3%	5,0%	3,5%	8,4%	6,7%	8,0%	5,0%	5,0%	4,6%	5,0%	5,0%	6,0%	6,0%
Nadie	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
¿En qué consistía el desayuno?													
Lechosa e hidratos de carbono	46,7%	30,1%	33,8%	35,2%	41,7%	35,4%	34,4%	43,2%	33,3%	43,8%	38,8%	38,8%	38,8%
Lechosa	26,7%	26,5%	32,4%	27,6%	28,2%	27,1%	27,4%	28,1%	26,4%	34,6%	28,9%	34,6%	28,9%
Infusiones solas	6,7%	18,1%	12,7%	18,1%	10,9%	18,8%	17,2%	7,4%	19,1%	10,3%	14,3%	14,3%	14,3%
Infusiones solas o con leche e hidratos de carbono	13,3%	13,3%	6,4%	5,7%	9,6%	6,3%	12,1%	7,4%	10,4%	7,2%	9,4%	9,4%	9,4%
Cereales y lácteos	,0%	4,8%	7,2%	4,8%	5,1%	4,2%	3,7%	8,1%	4,6%	7,2%	5,4%	5,4%	5,4%
Otros alimentos	,0%	3,6%	,7%	2,8%	2,6%	2,1%	1,4%	4,1%	2,0%	1,3%	2,2%	2,2%	2,2%
Lechosa e infusiones solas	,0%	2,4%	,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
Lechosa, hidratos de carbono y cereales	,0%	,0%	,0%	2,8%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
Infusiones solas y otros alimentos	,0%	6,7%	,0%	,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
Lácteos y otros alimentos	,0%	1,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
Infusiones, lácteos, hidratos de carbono y cereales	,0%	,0%	,0%	1,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
Infusiones, hidratos de carbono y otros alimentos	,0%	,0%	,0%	1,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
Nadie	,0%	,0%	1,4%	,0%	1,9%	4,2%	5,0%	,0%	,0%	3,6%	2,8%	1,0%	1,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.

6. PATRONES DE PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL³³

EL CONCEPTO DE *Desarrollo Infantil* refiere al proceso de las transformaciones globales que acompañan a un período determinado de la vida. Esos cambios remiten a la interacción entre los procesos biológicos y ambientales. Particularmente relevantes son las transformaciones que aparecen a lo largo de la infancia temprana relativas al crecimiento y al desarrollo psicológico. En este último caso se trata de un proceso de adquisición de un conjunto de habilidades y conocimientos que se manifiestan diferencialmente a distintas edades, pero

³³ En este estudio se excluyeron indicadores de Alfabetización Emergente (referidas a las habilidades y conocimientos precursores de la lectura y la escritura que se originan durante la temprana infancia y están estrechamente vinculadas con el desempeño escolar posterior. Entre ellos se destacan particularmente las habilidades de conciencia fonológica, el caudal de vocabulario y el conocimiento sobre las características del sistema de escritura y de las funciones del lenguaje escrito. Obviamente, la aparición de dichas habilidades y conocimientos y el nivel que alcanzan alrededor de los cinco años de edad dependerá, en gran medida, de las experiencias que han tenido los niños antes de ingresar a la escuela.

en las que es posible reconocer una secuencia y una cronología determinadas. Se trata en el primer caso de la sucesión de adquisiciones que aparecen a lo largo del tiempo. En el segundo, de la edad promedio de su aparición.

Aunque existen hitos del desarrollo que ilustran sobre las similitudes que presentan los seres humanos por pertenecer a la misma especie, también es necesario considerar la existencia de variaciones interindividuales e interculturales en la aparición de esas características. Esas diferencias suelen atribuirse a dos tipos de factores: hereditarios y ambientales. Tales adquisiciones son más universales en el primer año, pero aunque siempre tienen importancia, a medida que se avanza en las primeras etapas de la vida cobran relevancia los contextos de crianza por su carácter altamente determinante e interviniente sobre el desarrollo del infante humano, en razón de su inmadurez.

Durante los primeros años cobran relevancia dimensiones tales como “la evolución de la psicomotricidad, la construcción de la inteligencia, adquisición del lenguaje y de la competencia social” (Piacente, 2004).

Un hito importante del desarrollo psicomotor refiere a la locomoción, que suele culminar alrededor de los doce meses. La comunicación y el lenguaje a su vez, constituyen fenómenos complejos fundamentales en el proceso del desarrollo. En efecto, el lenguaje actúa como herramienta para el intercambio de mensajes del niño y el entorno y para la representación del mundo y de sí mismo. La comunicación en términos globales, y la comunicación lingüística

en particular, es un medio esencial de adaptación cognitiva y socioemocional. En este sentido, los retrasos del lenguaje aparecen como mecanismos de alarma sobre problemas más generales del desarrollo, como por ejemplo el autismo o el retardo mental. Pero frecuentemente, los retrasos pueden estar asociados con problemas no evidentes que, sin tratamiento adecuado, pueden extender sus efectos negativos a lo largo del desarrollo. La falta de detección o diagnóstico preciso pueden generar la ausencia de atención o la atención insuficiente o inadecuada, generalmente asociadas con la carencia de signos claros, y/o bien en razón de que no se le otorga importancia o no se cuenta con los instrumentos adecuados para la detección temprana de problemas en la esfera comunicativo-lingüística, manifestaciones que pueden estar vinculadas a problemas ulteriores mayores. (Mariscal et al., 2007).

El proceso de adquisición del lenguaje comienza con los primeros intercambios madre-hijo. Se manifiesta con las primeras sonorizaciones que produce el niño en la llamada etapa pre-lingüística, seguida luego por otras emisiones que producen los sujetos oyentes, tales como los balbuceos, las palabras y frases de la lengua materna, hasta el momento en que el lenguaje está casi completamente establecido, lo que ocurre tempranamente alrededor de los cuatro o cinco años de edad (Piacente, 2008). Un hito importante refiere a la edad de aparición de las primeras palabras.

A su vez, el desarrollo de la sociabilidad (o competencia social) se vincula con la adquisición de un conjunto de pau-

tas, normas y valores culturales de diferente importancia y complejidad, que posibilitan la adaptación del niño a su medio. De ahí la importancia que complementariamente a la de la familia asumen las instituciones de atención al preescolar como las guarderías y jardines de infantes.

La sociedad asigna el papel de cuidador a los padres y a los adultos a cargo de los niños y las interacciones que se producen entre ellos proceden de una construcción dinámica interpersonal.

Al respecto se han estudiado las características que asumen contextos familiares, con especial referencia a las que se encuentran asociadas al nivel socioeconómico de los hogares. Pero de mayor interés es señalar las diferencias que existen aún dentro del mismo nivel socioeconómico, especialmente en el caso de hogares situados en enclaves de pobreza. En tal sentido, es necesario precisar la articulación de las “ofertas” parentales, familiares y comunitarias que promueven el desarrollo infantil con las necesidades de los niños a diferentes edades.

En la bibliografía especializada se ha focalizado el análisis de los llamados *contextos alfabetizadores hogareños* durante el período preescolar. Se entiende por ellos el conjunto de recursos con los que se cuenta y el de las prácticas efectivas que se realizan en el seno de los hogares para facilitar y promover conocimientos y habilidades ligadas a la alfabetización posterior. La mayoría de los estudios sobre este tipo de relaciones según hogares particulares han tomado en cuenta estimaciones del nivel socioeconómico como medida

sintetizadora de un conjunto más amplio de factores que intervienen en esos procesos (Whiterhurst, 1992; Graves, Juel y Graves, 2001).

Burguess, Hecht y Lonigan (2002) han distinguido, además, un *Contexto Alfabetizador pasivo* y un *Contexto Alfabetizador activo*. El primero comprende los recursos del hogar, como por ejemplo la disponibilidad de material relacionado con la alfabetización temprana: libros, papeles, lápices, computadoras, etc. y las actividades que incluyen el uso del lenguaje escrito por parte de los adultos del entorno. En esto se pone el acento en el papel que tiene el contexto alfabetizador en el aprendizaje indirecto a través de modelos, centralmente asociado con el impacto que pudiera tener en el desarrollo de habilidades y conocimientos en los niños. El segundo comprende aquellos esfuerzos parentales que comprometen directamente al niño en actividades diseñadas para promover la alfabetización o el desarrollo del lenguaje, denominadas *prácticas alfabetizadoras* (cantar canciones, juegos con rimas, lecturas compartidas, enseñanza de letras, de palabras, etc.). Es decir, conforman estrategias de participación guiada (Rogoff, 1993) que promueven el progreso del niño desde un nivel de desarrollo actual a uno de desarrollo potencial. Es importante subrayar que un niño es capaz de alcanzar un nivel de desarrollo más alto bajo la guía, *andamiaje* de un adulto o un compañero más experto (Vigotsky, 1962, 1979; Bruner, 1983, 1991; Piacente, 2008). Son numerosos los estudios psicológicos acerca de los efectos del medio sobre el desarrollo del lenguaje oral y escrito de los niños,

particularmente en el período preescolar (Landry y Smith, 2006). En esa perspectiva se han encontrado diferencias en torno a las interacciones lingüísticas materno filiales, a la disponibilidad de material impreso, a la frecuencia con que se les lee a los niños, al nivel educacional de los padres, entre otras variables.

Las creencias y las prácticas parentales asociadas a las interacciones que promueven el desarrollo infantil, adecuadas a los requerimientos de cada etapa evolutiva, adquieren una importancia clave en la crianza, particularmente en el momento de evaluar y diseñar intervenciones que permitan actualizar los máximos potenciales de desarrollo de todos los niños.

6.1. Creencias sobre desarrollo infantil

Entre los factores que operan sobre las prácticas promotoras y/o estimuladoras del desarrollo infantil, las creencias parentales sobre la crianza constituyen un indicio general adecuado para acercarse al saber con que los padres afrontan, evalúan y actúan en el proceso de crecimiento y maduración física y psicológica del niño. En relación con ello, en los siguientes apartados se presentan una serie de indicadores básicos sobre creencias fundamentales en el desarrollo infantil. Los mismos permiten reconocer de manera sencilla algunos aspectos significativos de los patrones de crianza. Se han seleccionado, en función de su importancia, los que se encuentran asociados con el desarrollo psicomotor y cognitivo-emocional, en función de que constituyen aspectos básicos y sustantivos del desarrollo temprano.

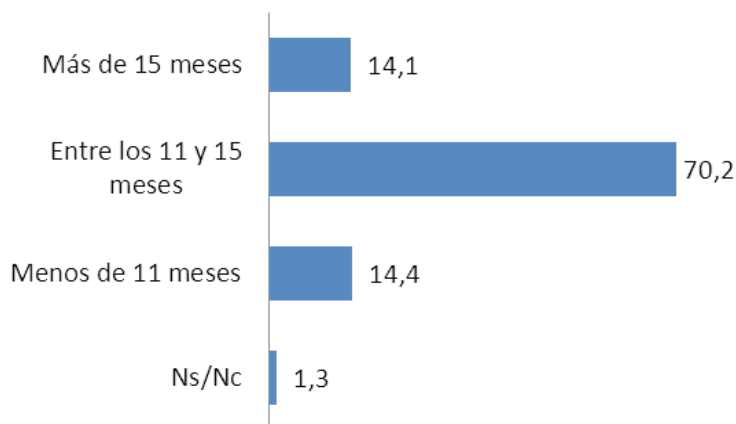
Creencias sobre la edad de comienzo de la marcha

El *inicio de la marcha* es uno de los indicadores más sensibles sobre la evolución del desarrollo de la motricidad gruesa del niño. La locomoción humana normal se ha descrito como una serie de movimientos alternantes, rítmicos, de las extremidades y del tronco que determinan un desplazamiento hacia delante del centro de gravedad. La expectativa de pleno desarrollo se espera que aparezca entre los 11 y 15 meses, más particularmente que el niño pueda sostenerse de pie hacia los 12 meses y que camine adecuadamente entre los 12 y los 15 meses (Rodrigo et al., 2008). Las creencias acerca de la edad de aparición de la marcha constituyen un elemento de referencia útil acerca del desarrollo motor, que posibilita a los padres observar patrones de adecuación, alarma e incluso intervención cuando el niño no logra caminar a los 18 meses.

Según la información relevada, la mayoría de las informantes/madres tienen creencias que se ajustan al patrón esperable sobre la edad de inicio de la marcha, entre los once y quince meses. Pero un reducido porcentaje (14.4%) adhiere a una expectativa por debajo del patrón normativo, manifestando que los niños pueden caminar a edades más tempranas. Otro porcentaje similar, sostiene creencias en sentido inverso, es decir que la edad de inicio aparece más tardíamente, luego de los quince meses (Figura 6.1). En este sentido, la consideración de la marcha infantil a edades tempranas podría generar alertas inadecuadas, dada la inmadurez del niño. Lo contrario podría invisibilizar procesos de retraso

madurativo, indudable a partir de los 18 meses. Aunque no hay diferencias sustantivas en el conocimiento sobre la edad de inicio de la marcha en función del nivel educativo de las informantes/madres, a medida que aumentan los años de escolaridad se observa una mayor adecuación al patrón de desarrollo esperable.

Figura 6.1. Creencias sobre la edad de comienzo de la marcha



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC - PBA. Total de casos 694.

Creencias sobre la edad de aparición de las primeras palabras

La adquisición del lenguaje y la comunicación constituyen aspectos sustanciales para el desarrollo del niño, que se inician desde el nacimiento. En la progresión de las manifestaciones lingüísticas pueden distinguirse distintos períodos, desde el prelenguaje, hasta los 8 meses de edad aproximadamente, hasta las que corresponden al lenguaje casi comple-

tamente establecido, alrededor de los cuatro o cinco años de edad (Piacente, 2008). En esa progresión, la aparición de las primeras palabras constituye un hito significativo, aunque no siempre es reconocido por los cuidadores con precisión y/o pertinencia. Esto es particularmente importante si observamos la aparición de las primeras palabras como un indicador sencillo y temprano de desarrollo lingüístico y cognitivo. En efecto, el desarrollo del habla puede transformarse en un indicador asequible de adecuación o alarma para los cuidadores del niño. De este modo, si el dador de cuidados posee conocimientos básicos sobre las etapas de adquisición del lenguaje y de los logros esperables para cada una de ellas, estará en condiciones de reconocer, rápida y tempranamente, posibles retrasos o dificultades.

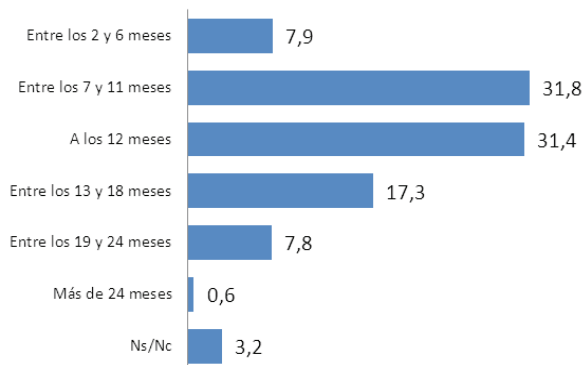
La aparición de las primeras palabras con sentido se espera evolutivamente entre los 12 y 18 meses de edad del niño. Una primera cuestión a destacar sobre las creencias de las informantes/madres respecto de las edades, es que varían considerablemente. El mayor porcentaje proporciona respuestas acordes a los principales consensos en torno a la adquisición de las primeras palabras (por ejemplo “mamá”, “agua”, “papá”): alrededor de los 12 meses.

Algunas se pronuncian por una aparición demasiado temprana, entre los *dos y seis meses*, cuando tienen lugar sólo emisiones sonoras como imitación de sonidos o balbuceos. En otros casos, sitúan una franja etaria entre los *siete y once meses*, cuando son esperables emisiones sonoras melódicas y respuestas a su nombre y a algunas consignas sencillas.

Finalmente un porcentaje de respuestas da cuenta de la creencia en la aparición más tardía, entre los trece y dieciocho meses de edad del niño o bien entre los diecinueve y veinticuatro meses. Entre estas dos últimas franjas etarias se espera en cambio una progresión tanto en la producción, uso de algunas palabras hasta el uso de la combinación de dos palabras, como en la comprensión del lenguaje (Figura 6.2.).

La variación de las respuestas obtenidas se relaciona con el nivel educativo y socioeconómico. De acuerdo a ello, las madres procedentes de estrato socioresidencial bajo o medio/bajo, con menor instrucción o con una escolaridad primaria incompleta se pronuncian en favor de apariciones más tempranas. En cambio, las procedentes de niveles más altos con una escolaridad secundaria completa o superior proporcionan respuestas más adecuadas sobre el momento de aparición de las primeras palabras.

Figura 6.2. Creencia sobre la edad de aparición de las primeras palabras



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 694.

Consecuentemente estos hallazgos ponen en evidencia un porcentaje de respuestas que se apartan de la norma y debilitan la posibilidad de que la observación oportuna de los logros infantiles en materia de lenguaje pueda actuar como indicador temprano de alarma sobre el desarrollo lingüístico infantil. Se hace necesario, en tal sentido, el diseño de estrategias que proporcionen un conocimiento más acabado de los patrones de adecuación que modifiquen las creencias, de modo tal de favorecer los patrones de interacción que se desprendan de ellas.

Creencia sobre la importancia del juego en la niñez

El juego constituye una actividad central en la niñez. Sus múltiples manifestaciones facilitan el aprendizaje y la adquisición de competencias vitales. Power y Radcliffe (2000) sostienen que la práctica del juego refleja y produce cambios cualitativos y cuantitativos a nivel de las diferentes variables del funcionamiento general. Entre ellas se incluyen el desarrollo del yo, el estilo cognitivo, la adaptabilidad, el funcionamiento del lenguaje, la responsividad emocional y conductual, la capacidad intelectual, las estrategias de resolución de problemas y los modos de aproximarse a percibir e interpretar el mundo circundante. En este sentido, el juego, al menos en la visión occidental moderna, es “la cultura de la infancia” (Bruner, 1983) y sus rutinas contribuyen significativamente al desarrollo infantil. En la primera infancia, particularmente, las interacciones lúdicas entre padres e hijos ofrecen la oportunidad del uso sistemático del lenguaje.

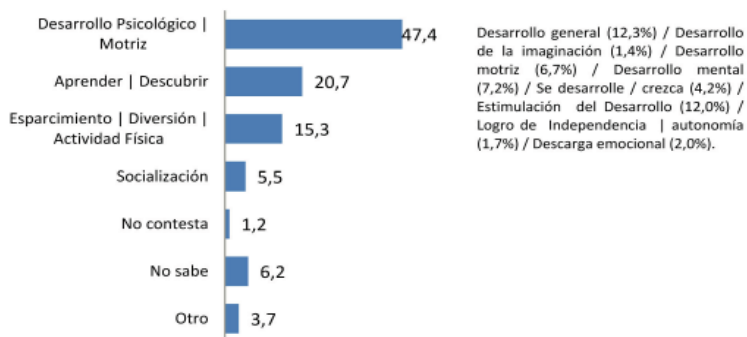
Por ello, las creencias sobre el juego así como la finalidad que se les atribuye, aparecen como un indicador destacado para la promoción del desarrollo infantil.

En este trabajo, la mayoría de las respuestas le asignaron al juego una finalidad significativa para el desarrollo infantil. En efecto, en más de nueve de cada diez respuestas las creencias resultaron adecuadas, más allá de su énfasis diferencial. Entre ellas pueden destacarse los siguientes argumentos proporcionados por las informantes/madres:

- a) Aporte del juego asociado al *desarrollo psicológico y/o motriz*;
- b) Utilidad del juego para *aprender/descubrir*,
- c) Relación del juego con el *esparcimiento/diversión/actividad física*;
- d) Vinculación del juego con la *socialización*.

En estas respuestas aparecen diferencias de acuerdo a la edad y el nivel educativo de la madre/informante. En efecto, la fuerte tendencia hacia las implicancias del juego en el desarrollo psicomotriz, si bien claramente es una posición generalizada, aparece con mayor potencia entre las mujeres de más edad y nivel educativo. Es interesante asimismo observar en las madres/informantes de 14 a 19 años aparece el porcentaje más alto de desconocimiento acerca de una finalidad del juego para los niños. En la Figura 6.3 aparecen los porcentajes de respuestas obtenidas según los argumentos considerados.

Figura 6.3. Creencia sobre la importancia del juego



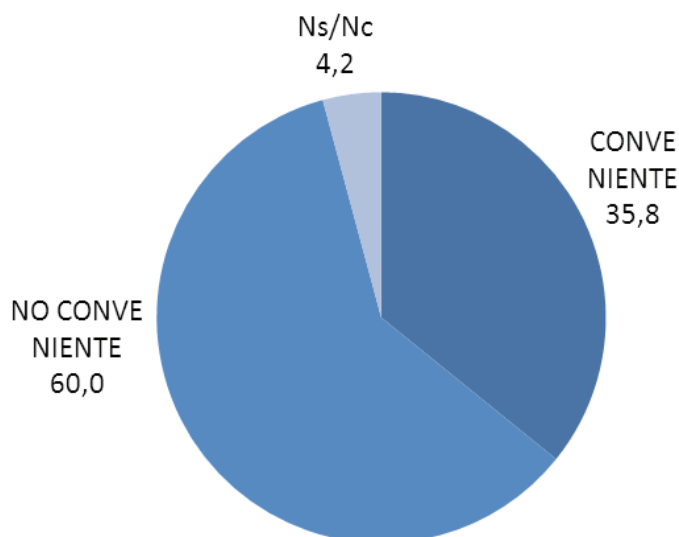
Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 694.

Creencias sobre la conveniencia de asistencia a guarderías

Otras creencias fundamentales son aquellas relativas a la asistencia a guarderías, en tanto pueden constituir un contexto adecuado de atención a niños pequeños. Entre ellas, la creencia sobre la conveniencia de que los niños asistan, resulta de importancia, principalmente porque refieren a la forma en que se la percibe como fuente de interacciones en torno al desarrollo que complementan a aquellas que se ponen de manifiesto en los hogares. Por ello, la creencia de la conveniencia de que los niños asistan a guarderías y/o jardines de infantes, puede constituir un indicador acerca de los recursos extrahogareños, de socialización y aprendizaje tempranos.

Mayoritariamente las respuestas proporcionadas por las informantes/madres se inclinaron a considerarla como inconveniente y un porcentaje menor afirmó lo contrario (Figura 6.4).

Figura 6.4. Conveniencia de asistencia guarderías



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 694.

También en este caso las respuestas varían, con tendencias lineales positivas y significativas, de acuerdo a grupo etario, nivel educativo y estrato socioresidencial. En efecto, a mayor grupo etario, nivel educativo y estrato socioresidencial se observa una creencia más fuerte en la conveniencia de que el niño asista a guardería: mientras lo hace el 17,3% de las informantes/madres de 14 a 19 considera, ese porcentaje aumenta al 41% cuando se trata de informantes/madres de 35 o más años. Asimismo, las diferencias también aparecen en

relación al mayor nivel educativo y estrato socioresidencial respectivamente³⁴

Razones sobre la (in)conveniencia de asistencia a guarderías.

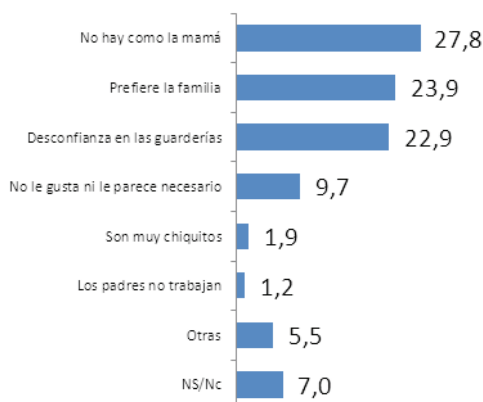
Los motivos aludidos sobre la inconveniencia de que el niño concurra a la guardería tienen que ver, principalmente, con la preferencia y confianza en el cuidado del niño pequeño por parte de la madre o la familia directa. Los argumentos proporcionados giran en torno a que “no hay como la mamá”, se “prefiere a la familia” o bien se “desconfía de las guarderías”. La preferencia por el cuidado materno es mayoritaria en el caso de menor nivel de instrucción. Cuando se trata de mayor nivel educativo, aparece la preferencia por los cuidados de la familia directa.

En sentido contrario, las razones en la conveniencia de asistencia a guarderías, aparecen principalmente vinculadas a cuestiones laborales de los cuidadores y secundariamente a los atributos asociados al estímulo destinado al desarrollo del niño. Ejemplo de ello son respuestas del tipo “Para que los padres puedan trabajar” o bien para estimular la socialización de los niños. Entre estas últimas pueden diferenciarse las que aluden simplemente a que “se socializan”, de las que afirman “para que jueguen y se relacionen con otros niños”. También aquí es de interés señalar las diferencias y tendencias que aparecen según el nivel educativo. El argumento de la socialización es casi inexistente entre las madres sin instrucción o

³⁴ En esto es importante marcar que esta tendencia se enfatiza según el número de hijos menores de 6 años y la condición de trabajo de la madre/informante.

con primario incompleto, aparece en una proporción mayor entre las que han finalizado la escolaridad secundaria o han alcanzado niveles más altos. Contrariamente, la consideración de la utilidad de la guardería “para aprender” se observa en las madres de menor nivel educativo y en una proporción significativamente menor en las de mayor nivel educativo. Estos hallazgos permiten inferir que para las madres con niveles de instrucción más bajos la guardería cumple un rol de aprendizaje/alfabetización temprana y, para los más altos, de socialización. En las Figuras 6.5 y 6.6 aparecen los porcentajes de respuestas encontrados sobre el tema.

Figura 6.5. Razones sobre la no conveniencia de asistencia guarderías



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 414.

Figura 6.6. Razones sobre la conveniencia de asistencia a guarderías



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 214.

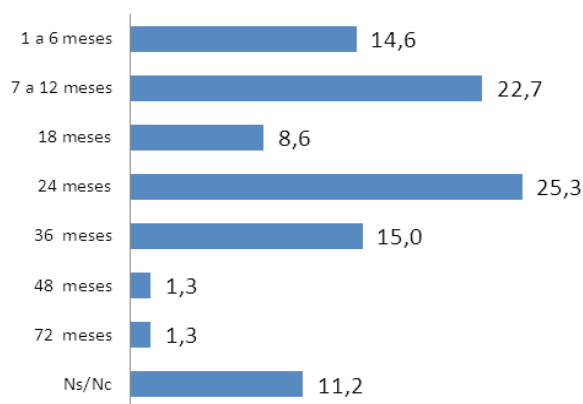
Edad conveniente para asistir a guarderías.

Al indagar sobre la edad propicia para el comienzo de asistencia a la guardería en aquellas madres que se pronunciaron en su favor, aparecen recortes sobre diferentes edades: antes del año de vida, en menor medida al año de vida, con mayor frecuencias a los dos o tres años. Un porcentaje ínfimo consignó una franja etaria de 48 a 72 meses.

Analizada en detalle, esta heterogeneidad de creencias aparecen más vinculadas con la actividad de la informante/madre que con la edad, el estrato socioresidencial o el nivel educativo. En efecto, mientras que las categorías ocupado/desocupado sostienen (aproximadamente un 40%) que los niños deben concurrir a guardería en el lapso del primer año de vida, el porcentaje se reduce al 16,3% entre la categoría

de inactivos. Incluso los ocupados y desocupados sostienen, a diferencia de los inactivos, que esto es necesario aún entre el mes y los seis meses de vida del niño, principalmente en razón de los requerimientos laborales. En la Figura 6.7 aparecen los porcentajes de las respuestas obtenidas.

Figura 6.7a. Edad adecuada para la asistencia a guardería



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 233 (casos que reconocen conveniente la asistencia a guardería).

6.2. Prácticas de promoción del desarrollo infantil (niños de 12 a 24 meses)

Durante sus primeros 18 meses, los niños experimentan cambios significativos en su desarrollo físico, mental y social. Aprenden a reconocer a su entorno, a sostener su cabeza, a utilizar sus manos, a rodar, a sentarse, a gatear, a pararse y a caminar. Paralelamente adquieren una gama amplia de recursos de comunicación, a través del lenguaje hablado y de la comunicación corporal. En este contexto la interacción

con otros seres humanos es fundamental. Los antecedentes disponibles señalan que la mitad del desarrollo del cerebro sucede en los primeros seis meses de la vida y el 70% se completa antes de finalizar el primer año. Mucho de este desarrollo se vincula con la herencia genética, pero en buena medida el desarrollo intelectual, motivacional y físico posterior, depende del tipo y frecuencia de las interacciones de los niños con su entorno durante los primeros años de vida. Desde muy pequeños, los niños, ponen atención al lenguaje y son capaces de comunicarse a través de sonorizaciones tales como el llanto y/o las gesticulaciones como las sonrisas o gestos. Durante los primeros ocho meses, los niños despliegan capacidades lingüísticas como el balbuceo y al llegar a los doce meses pueden pronunciar las primeras palabras, aún cuando su dicción no sea perfecta. En este proceso de pasaje de la etapa pre lingüística a la lingüística se adquieren los recursos necesarios que habilitan a los niños a producir muchas palabras así como a incrementar su comprensión del lenguaje hablado (Rodrigo et al., 2008).

Los niños aprenden desde el momento mismo de su nacimiento a través de su participación en situaciones espontáneas e informales que el entorno les aporta (Piacente, 2008). Por ello, la adaptación de las respuestas de los dadores de cuidados a las diversas demandas y necesidades diarias infantiles forman parte de todas las prácticas de andamiaje del desarrollo psicológico. Entre ellas se encuentran las manifestaciones de afecto, el mantenimiento y la transmisión de las prácticas positivas tradicionales, muchas veces anclados

sobre los conocimientos acerca del desarrollo infantil, entre otras muchas consideraciones que pueden hacerse.

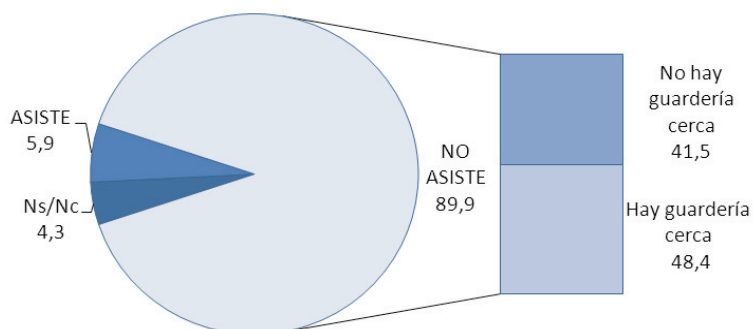
Entre las características del entorno hogareño puede distinguirse aquellas que corresponden al denominado *contexto alfabetizador* (Whiterhurst & Lonigan, 2003). Ese contexto está constituido por el conjunto de recursos, conocimientos, creencias y prácticas que promueven el desarrollo de los conocimientos y habilidades que favorecen la escolarización formal posterior. La posibilidad de potenciarlo se vincula tanto con la disponibilidad de recursos (libros, computadora, juegos, entre otros) como con las prácticas efectivas vinculadas con la alfabetización, tales como cantar canciones, contar y leer cuentos, realizar juegos, entre otros.

Asistencia a guarderías

Uno de los recursos refiere a la disponibilidad de instituciones de atención al preescolar de las que disponen las familias y en tal caso el uso que hacen de él.

En este trabajo se puso en evidencia que aún cuando el recurso esté presente en las proximidades del lugar de residencia, no lo utilizan aproximadamente nueve de cada diez de los hogares relevados. Dicho de otro modo, la guardería aparece con una presencia reducida en esa población. Consecuentemente el contexto alfabetizador hogareño adquirirá una importancia fundamental para los niños pequeños (Figura 6.7).

Figura 6.7b. Asistencia y disponibilidad de guarderías



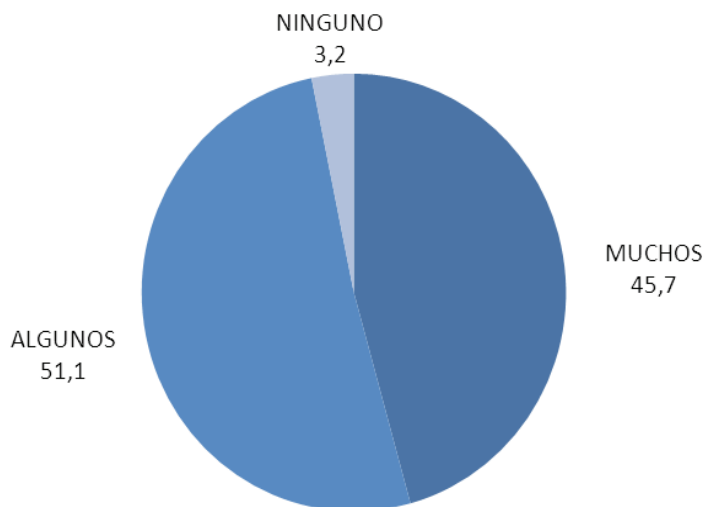
Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 189.

También aquí en la minoría de familias que envían a sus hijos a la guardería, la proporción aumenta cuando se trata de las informantes/madres de 35 y más años, con secundario completo o más y de un estrato socioresidencial Medio Medio / Medio Alto.

Disponibilidad de juguetes

La disponibilidad de juguetes se encuentra extendida, se trate o no de elementos producidos específicamente con fines lúdicos. Casi la totalidad de las informantes/ madres refirió que el niño dispone de juguetes, en algo menos de la mitad de los casos se trataba del acceso a numerosos juguetes, y en algo más de la mitad solo a algunos (Figura 6.8.).

Figura 6.8. Disponibilidad de juguetes



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 189.

Estos porcentajes resultan diferencialmente significativos en términos del nivel de instrucción de la informante/madre. Se observa una mayor disponibilidad de juguetes a mayor nivel educativo (secundario completo o superior) (68,6%), con una diferencia que alcanza un porcentaje del 26,1% respecto de aquellas sin instrucción o con escolaridad primaria incompleta.

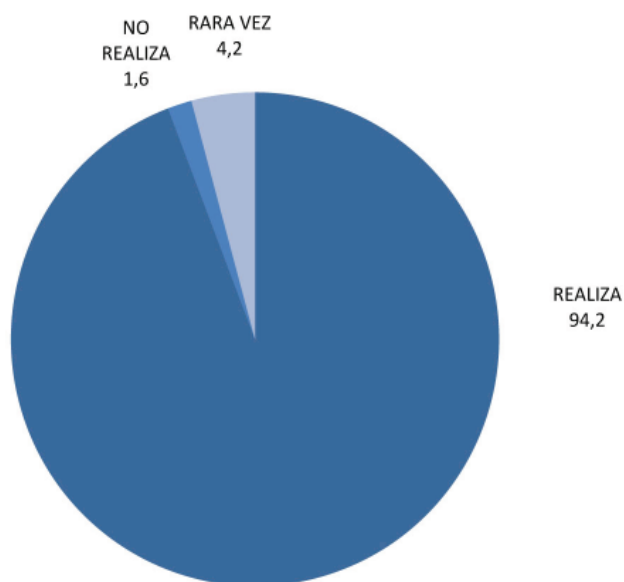
Realización y frecuencia de actividades lúdicas

Una de las prácticas más extendidas en las actividades diarias del niño es el juego. Por lo tanto, el juego con el niño es central como soporte de interacciones que promueven el desarrollo integral del niño.

La estructura del juego varía de acuerdo a las posibilidades evolutivas de los niños. Entre el nacimiento y los dos años, se predispone el *juego de ejercicio* principalmente asociado con la adquisición progresiva del control sobre movimientos y coordinación psicomotriz. Las intervenciones que lo promueven suelen mediar a través de actividades que involucran jugar, cantar, manipular, que generan interacciones favorecedoras de las capacidades motoras y de experimentación del mundo a través del tacto, de la vista y el sonido.

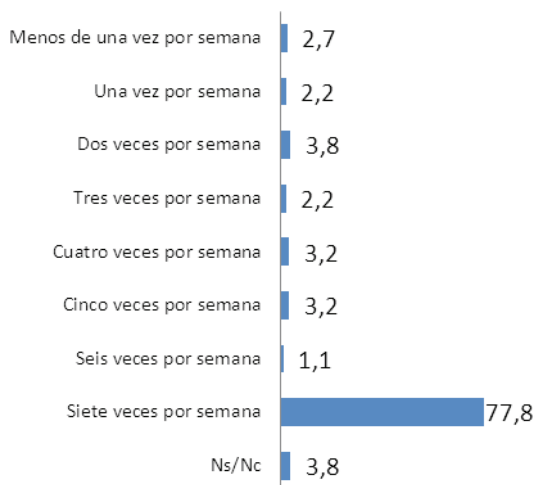
En la población relevada tanto las prácticas de juego como la frecuencia con las que se realizan resultan mayoritarias, tal como se observa en las Figuras 6.9 y 6.10.

Figura 6.9. Prácticas de juego



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 189

Figura 6.10. Frecuencia de juegos



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 189.

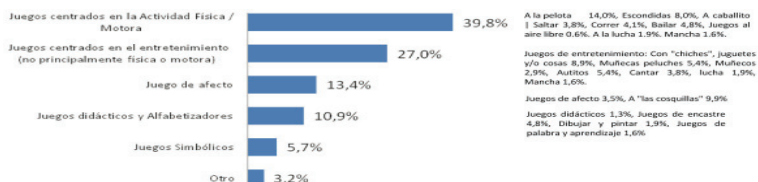
Tipos de juegos

En esta etapa, el juego, particularmente, consiste/requiere/estimula procesos psicomotores de repetición que serán la fuente de las primeras aprehensiones de la realidad externa del niño (por ejemplo: jugar con los dedos, mover los miembros, la cabeza, sacudir juguetes, tomar objetos, arrastrar objetos, tirarlos repetidamente, producir sonidos, correr, trepar, hamacar, repetir palabras).

Dadas las características de la etapa evolutiva en la que se encuentran los niños pequeños, el relevamiento permite observar el predominio de los juegos de ejercicio centrados en la *Actividad Física/Motora*, particularmente en el caso de los niños de mayor edad de este grupo etario, por ejemplo jugar “a la pelota”, “a las escondidas”, “a andar a caballito”,

“a saltar”, “a correr”, “a bailar”, “jugar al aire libre”. Otros juegos que refieren las informantes/madres es el tipo de *Juego de afecto*, como por ejemplo de “hacer mimos”, “hacer cosquillas”. En la Figura 6.11 aparecen los porcentajes de respuestas que corresponden a cada uno.

Figura 6.11. Tipos de juego



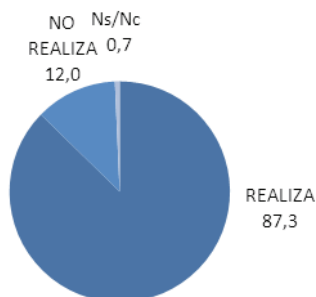
Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 212.

Práctica y frecuencia de canciones infantiles

Entre las prácticas del *Contexto Alfabetizador Activo* se encuentran aquellas acciones de los cuidadores (principalmente padres) que involucran al niño directamente en *prácticas que favorecen el desarrollo del lenguaje y de la alfabetización*. Comprenden una variedad de actividades tales como cantar canciones infantiles, juegos con rimas, lecturas compartidas, enseñanza de letras y palabras, entre otras. Resultan de importancia crítica para los niños pequeños, particularmente cuando no se cuenta o no se utilizan las instituciones de atención al preescolar, tales como las guarderías o jardines de infantes.

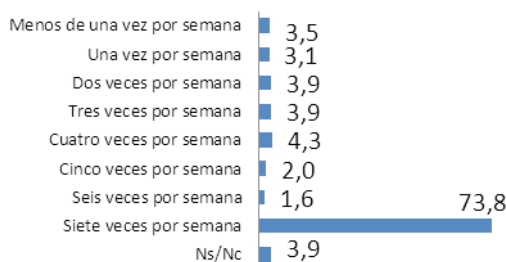
Pero no todas aparecen de igual manera ni con la misma frecuencia en la población relevada. Así por ejemplo, cantar canciones y jugar con el niño tienen una frecuencia de realización mayor que la mostración de libros con imágenes o la narración de cuentos. En las siguientes figuras (Figuras 6.11.1, 6.12, 6.13 y 6.14) pueden observarse los porcentajes de respuestas a ese respecto.

Figura 6.11.1 Cantar canciones



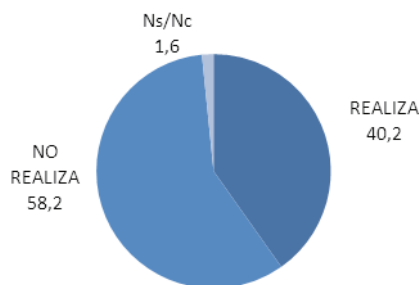
Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.

Figura 6.12. Frecuencia en el canto de canciones



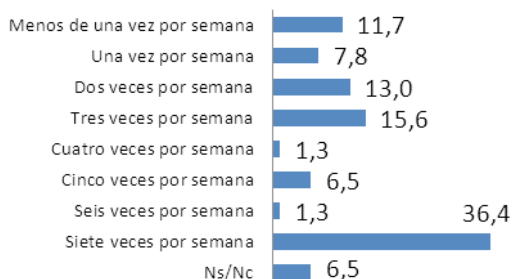
Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 252

Figura 6.13. Contar de cuentos



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 189.

Figura 6.14. Frecuencia en contar cuentos



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 77.

Es interesante observar que, como en otras manifestaciones, estas prácticas de cantar canciones varían de acuerdo al nivel educativo de la informante/madre. Si bien el porcentaje de esta práctica es alto en todos los casos, es aún mayor cuando se trata de madres con un nivel educativo más alto: mientras que en los niveles más bajos es del 78,8%, en el más alto alcanza al 94,1%.

Lo mismo ocurre cuando se trata de contar cuentos. El 17,4% de las informantes/madres del nivel educativo inferior

realizan esta actividad, en tanto lo hace el 58,8% del nivel superior, es decir en casi seis de cada diez hogares.

6.3. Prácticas de promoción del desarrollo infantil (niños de 25 a 72 meses)

“En esta etapa, los niños consolidan su marcha y se vuelven más independientes. A medida que crecen, desarrollan velozmente gran parte del lenguaje que utilizan para comunicarse verbalmente y comprender mucho de lo que se les dice. Se interesan y exploran vivamente todo lo que se encuentra y sucede a su alrededor. En particular, el período que abarca de los tres a los cinco años puede ser muy fructífero para el desarrollo de habilidades y conocimientos relacionados con el lenguaje escrito. Los niños ya poseen un lenguaje oral muy rico y comienzan a ‘jugar’ a leer y escribir, cuando el medio en el que viven es propicio. Comienzan a diferenciar dibujo y escritura; saben que los textos transmiten mensajes y que se pueden dejar mensajes por escrito. Intentan hacerlo de una manera rudimentaria porque todavía no saben leer y escribir de forma convencional, pero continúan avanzando en el camino de la alfabetización” (Piacente, 2008).

Entre los 25 y 72 meses de edad, se inicia y progresa el *juego simbólico o representativo*. Durante este período el niño adquiere capacidad de codificar sus experiencias en símbolos, puede recordar imágenes y acontecimientos movido por el deseo de imitar o evocar situaciones vividas. El placer del niño reside ahora en la ficción. A través del juego simbólico el niño asimila la realidad transformando los objetos en

símbolos diferentes: “hace como que duerme”, “le da de comer imaginariamente a un muñeco”, “hace dormir a una muñeca”. Asimismo puede remontarse del juego simbólico referido a objetos de la vida cotidiana, a la invención de seres imaginarios sin el apoyo de modelos provenientes de su realidad. En este juego simbólico, el niño vacía de contenido a las cosas de su mundo para darles otro imaginativo. Uno de los principales valores del juego simbólico en el desarrollo de la personalidad infantil reside en que identificarse con el modelo elegido puede ser el medio de ejercitarse en el conocimiento y comprensión del punto de vista de los demás (Rodrigo et al., 2008).

Asimismo, durante esta etapa, los niños adquieren progresivamente, en el seno de sus hogares o en las instituciones de atención al preescolar, una serie de conocimientos y habilidades prelectoras, relacionados con los futuros aprendizajes en la educación formal. En la literatura especializada se ha señalado reiteradamente (Snow, Burns & Griffin, 1998) la relación que existe entre la calidad de la enseñanza en el hogar y el éxito de los niños en la escuela. Asimismo, que la calidad de la oferta parental se vincula con el nivel de educación. Los padres de mayor nivel educativo tienen mayor conocimiento sobre las expectativas de la escuela. Otras investigaciones han puesto en evidencia (Borzzone, 2004) que si se fortalecen los conocimientos de los dadores de cuidados acerca del desarrollo infantil y sus posibilidades para enseñar, mejoran las interacciones que fortalecen el desarrollo de los niños.

Estudios anteriores (Piacente, 2004; 2008) han constatado una variabilidad sustancial en los contextos y en las interacciones en los que se desarrollan los niños entre diferentes estrato socioresidenciales y aún dentro de un mismo nivel.

En relación con ello, examinamos una serie de características de los hogares, cuyo interés reside en sus implicancias sobre la alfabetización ulterior así como sobre la elección de los modelos de intervención a adoptar, en el caso que aparezcan dificultades escolares.

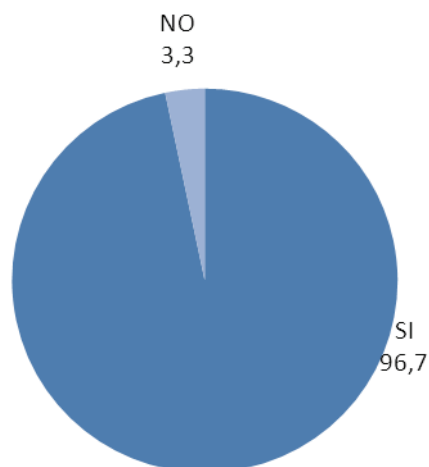
Disponibilidad de recursos “alfabetizadores”

La promoción de la alfabetización temprana se vincula, entre otras cuestiones, a la disponibilidad de recursos relacionados con la alfabetización, tales como contar con papel y lápiz a edades adecuadas. Proporcionar estos elementos desde edades tempranas constituye un indicio destacado de prácticas promotoras positivas del desarrollo infantil.

En este estudio casi la totalidad de las informantes/madres afirmaron haber proporcionado estos recursos a los niños y la mayoría lo hicieron, además, en las edades adecuadas, es decir, entre los 12 y 24 meses. Solo un porcentaje ínfimo refirió haberlo hecho muy tempranamente y casi cuatro de cada diez madres informaron haber entregado papel y lápiz tardíamente. De este modo es “la oportunidad de brindar” la característica que diferencia a los hogares, que generalmente se asocia con la edad y el nivel educativo. Efectivamente, de manera oportuna lo hizo el 75,5% de las informantes/madres de mayor edad y nivel educativo, mientras que el porcentaje desciende al 48,9% en las de menor nivel de instrucción. En

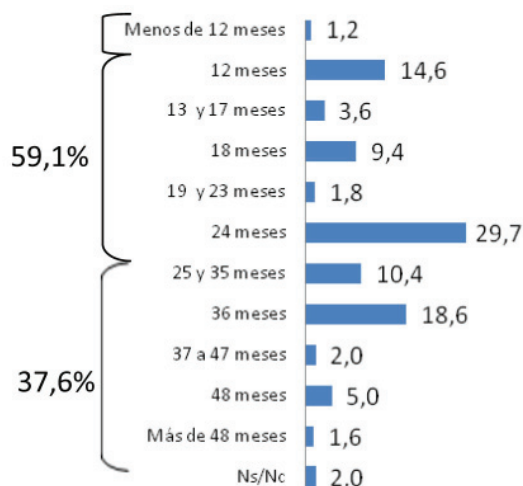
las Figuras 6.15 y 6.16 aparecen los datos que corresponden a las respuestas obtenidas.

Figura 6.15. Entrega a los niños de papel y lápiz



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA.Total de casos 516.

Figura 6.16. Edad del inicio de entrega de papel y lápiz



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 516.

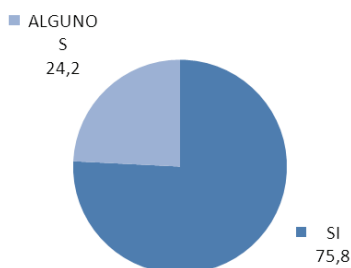
Disponibilidad de libros infantiles

La disponibilidad de libros infantiles está presente en más de los dos tercios de los hogares relevados. Entre ellos, más de la mitad tienen hasta diez libros y algo menos más de diez libros. Observando estos recursos según grupo etario, nivel educativo y estrato socioresidencial aparecen diferencias significativas, que muestran que a mayor edad, nivel educativo y estrato socioresidencial existe una mayor tendencia a disponer de libros infantiles como recursos del contexto alfabetizador.

Según grupo etario, las informantes/madres jóvenes afirmaron tener menos libros que las mayores y sólo en los estrato socioresidencialmedios o medios/altos se dispone de más de 10 libros. La disponibilidad de un número mayor

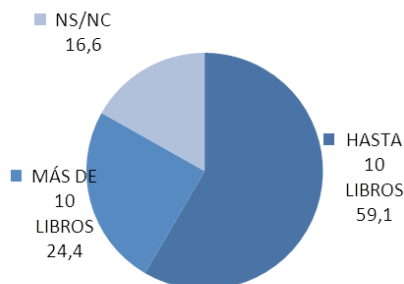
de libros parece asociarse al nivel educativo, más que a los recursos económicos. El 69,0% de las informantes/madres sin instrucción o con primaria incompleta, y el 36,2% con instrucción secundaria o mayor disponen de hasta 10 libros. Cuando se trata de madres con nivel secundario o mayor el 41,5% disponen de más de 10 libros (Figuras 6.17 y 6.18). (Tabla 11)

Figura 6.17. Disponibilidad de libros infantiles



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 516

Figura 6.18. Cantidad de libros infantiles

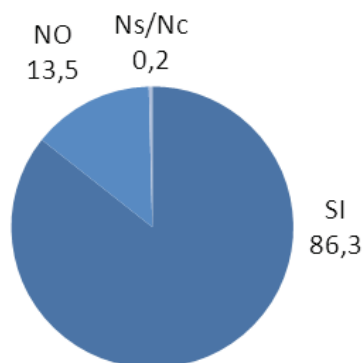


Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 386

Utilización de libros de imágenes y lectura de cuentos

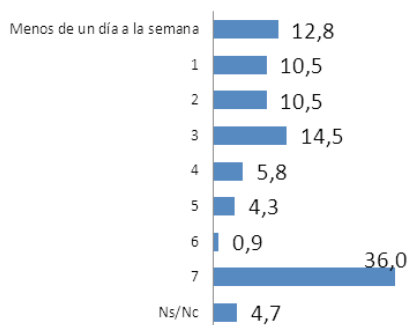
El uso de libros con imágenes y la lectura de cuentos aparecen en casi nueve de cada diez hogares. Sin embargo, su frecuencia es más bien esporádica y sólo aproximadamente en el 36% de los hogares lo hace diariamente. Esta frecuencia incrementa a medida que aumenta el nivel educativo (Figuras 6.19 y 6.20). (Tabla 11).

Figura 6.19. Uso de libros de imágenes y lectura de cuentos



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) Ceren/CIC-PBA. Casos 516.

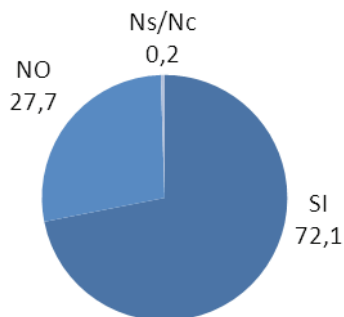
6.20. Frecuencia de uso de libros de imágenes y lectura de cuentos



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 447.

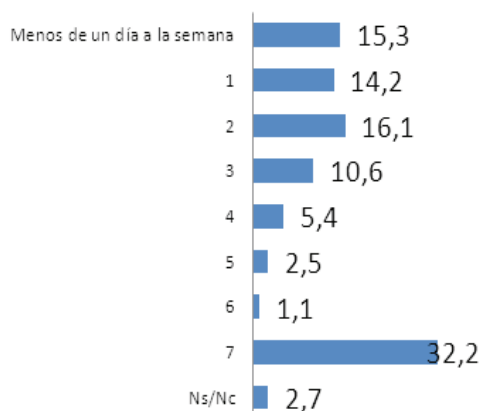
Contar cuentos aparece en un porcentaje algo menor y con una frecuencia de realización relativamente baja. Esta situación contrasta con lo que sucede con los niños pequeños, a los que se les cuenta cuentos más frecuentemente (Figuras 6.21 y 6.22).

Figuras 6.21. Contar cuentos



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 516.

Figura 6.22. Frecuencia de contar cuentos



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 367.

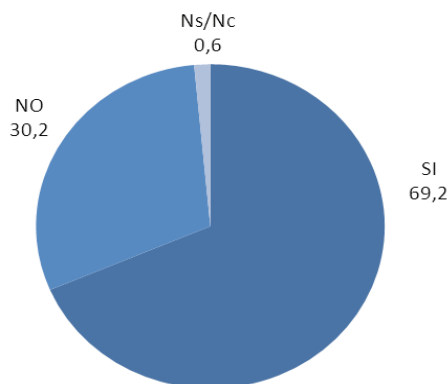
Aparecen diferencias significativas según el nivel educativo y estrato socioresidencial de la informante/madre, pero además según su edad. En efecto, esta práctica se observa en el 48,0% de los casos sin instrucción o con primario incompleto, y se eleva al 77,1% en los casos de secundario completo o mayor, de modo tal que aparece una diferencia porcentual de 29,1%, a favor de estas últimas. (Tabla 11).

Oferta de materiales para realizar manualidades

La entrega de otros materiales para realizar manualidades tiene lugar en la mayoría de los hogares entrevistados. Es decir, que casi siete de cada diez niños entre 25 y 72 meses reciben este tipo de estímulos que son eficaces para el desarrollo psico-motriz. También aquí se observan diferencias principalmente asociadas al nivel educativo o estrato socio-residencial de la madre/informante. Mientras que en el nivel

educativo superior la entrega de estos materiales aparece en el 79,7% de los hogares, en el nivel inferior desciende al 50%; es decir que la diferencia alcanza a un 29,7% en favor de los primeros (Figura 6.23). (Tabla 11).

Figura 6.23. Oferta de materiales para realizar manualidades



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 516.

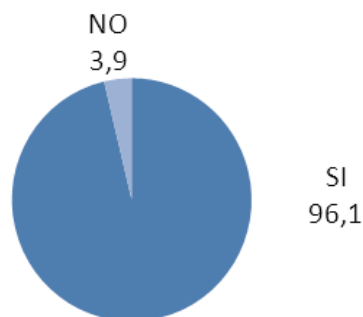
Disponibilidad y uso de televisor y computadora

La disponibilidad y uso de televisor y computadora (PC) constituye un recurso que permite implementar ciertas prácticas reguladoras del entretenimiento en el primer caso y, en el segundo, de otras que pueden estar ligadas a la alfabetización.

En el relevamiento realizado, sólo en un exiguo porcentaje de hogares no se disponía de televisión. Cuando se contaba con él, los niños miraban televisión alrededor de 2,4 horas

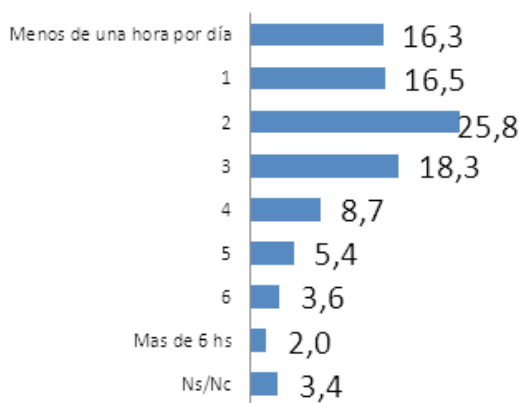
diarias (Figuras 6.24 y 6.25). No se observaron en este caso diferencias según la edad, el nivel educativo y el estrato socioresidencial de las informantes/madres. (Tabla 12).

Figura 6.24. Disponibilidad de TV



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 516.

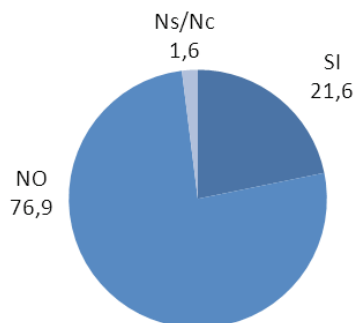
Figura 6.25. Horas frente a la TV



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 516.

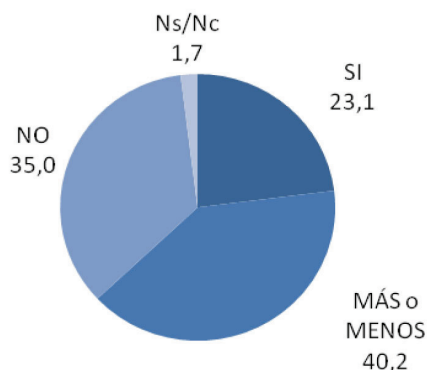
Menos de un cuarto de los hogares relevados disponen de PC, y la usan con frecuencia aún un porcentaje más bajo. Al respecto es importante señalar que la disponibilidad de PC en los hogares, se halla fuertemente asociado al nivel educativo y el estrato socioresidencial (Figuras 6.26 y 6.27). (Tabla 12).

Figura 6.26. Disponibilidad de PC



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 516.

Figura 6.27. Uso frecuente de la PC

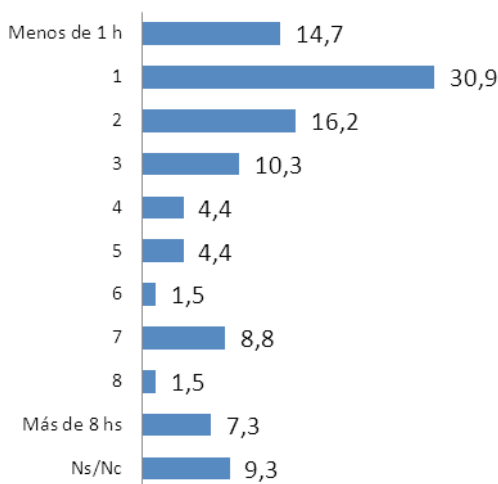


Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 117

El 49% de los que poseen PC corresponde a informantes/ madres con secundario completo o más. En los hogares con madres sin instrucción o primaria incompleta sólo un 8% disponía de PC. Por otro lado aparece el 38,2% en el medio medio/medio alto y el 14,2% cuando se trataba de estrato socioresidencial bajo/medio bajo. (Tabla 12).

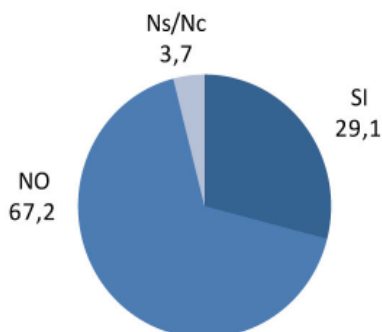
El promedio de horas frente a la PC gira en torno a las 3 horas. En cuanto a la disponibilidad de juegos electrónicos para PC o TV sólo aparece en un tercio de los casos (Figuras 6.28 y 6.29).

Figura 6.28. Horas frente a la PC



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 75.

Figura 6.29. Disponibilidad de juegos electrónicos para PC / TV

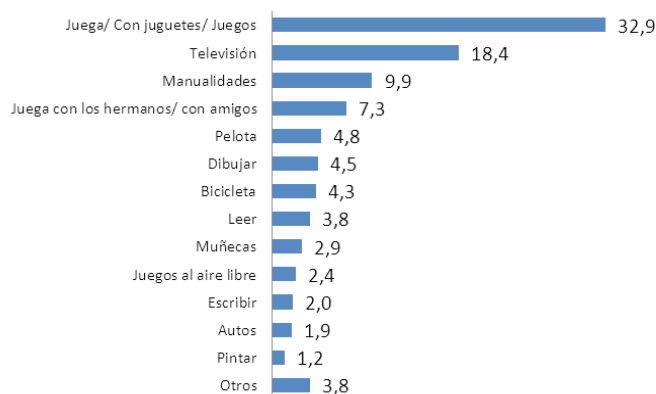


Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 117.

Actividades lúdicas

El juego tiene una presencia importante en el uso del tiempo activo de parte del niño. En las edades de dos a cinco años, aparece como la principal actividad que realizan durante el día. La referencia genérica al juego aparece en casi la mitad de las informantes/madres. Ejemplo de ello son respuestas como las siguientes: los niños se entretienen principalmente con el “juego/juguetes/jugar”, con “hermanos / amigos / jugar al aire libre”. Cuando se incluyen otras actividades asociadas a ellos, tales como actividades físicas activas o no activas, actividades de alfabetización, entre otras, aparece en el 96,2% de las respuestas. La actividad recreativa no lúdica de mirar televisión fue solamente mencionada en el 18,4% de las respuestas (Figura 6.30).

Figura 6.30. Entretenimientos habituales de los niños

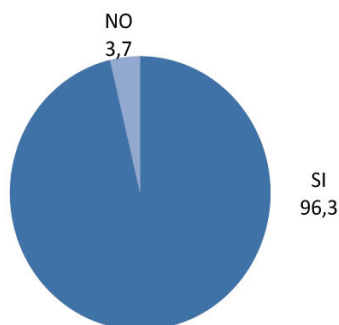


Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 516.
Respuestas (933).

Juegos con los niños

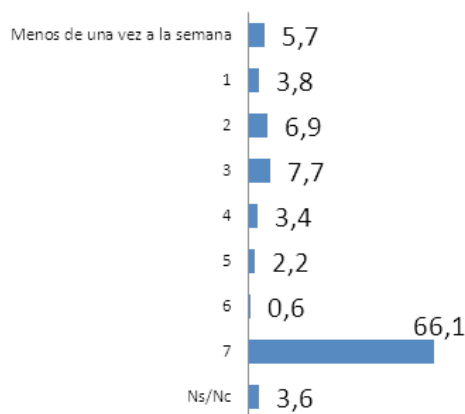
Casi la totalidad de las informantes/madres manifestó jugar con el niño con una frecuencia diaria en casi siete de cada diez hogares (Figuras 6.31 y 6.32). Si bien la proporción de juego es en promedio alta, existen diferencias significativas según el nivel de instrucción de la informante/madre: mientras que las sin instrucción o con primaria incompleta afirmaron realizar esta práctica en siete de cada 10 hogares, en quienes presentan niveles educativos más altos esta práctica aumenta a más de nueve de cada diez hogares y con mayor frecuencia.

Figura 6.31. Juego conjunto con el hijo



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 516

Figura 6.32. Frecuencia de juego con el niño

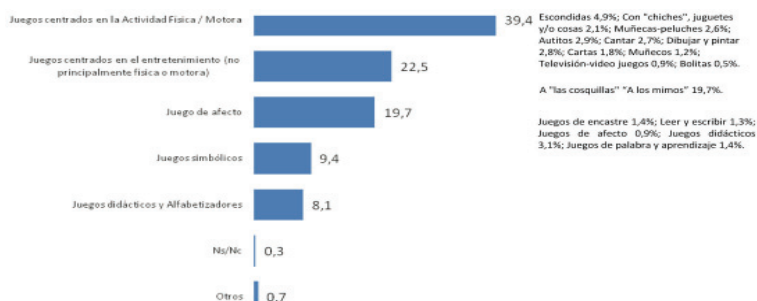


Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 516.

Tipo de juegos. El tipo de juegos que tienen lugar en los hogares permite observar que entre los niños de dos a cinco años predominan (del mismo modo que en en los más pequeños) los juegos centrados en la *actividad física* /

motora. A éstos le siguen en regularidad los *juegos centrados en el entretenimiento* (no principalmente física o motora), los *juegos de afecto*, los *juegos simbólicos* y finalmente los *juegos didácticos y alfabetizadores* (Figura 6.33).

Figura 6.33. Tipos de Juego

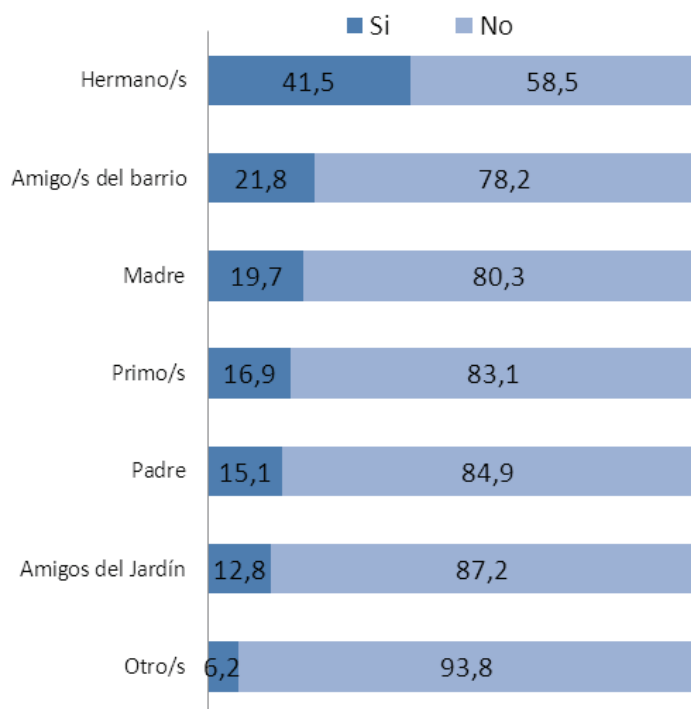


Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 516.
 Cálculo sobre número de respuestas (899).

Compañeros de juego. Entre las actividades lúdicas el juego gregario asume un papel destacado. Excepto un número reducido de niños que suelen jugar solos, el resto de las informantes refirieron que los niños suelen compartir el juego con diferentes compañeros en el interior del hogar, según el siguiente orden: hermanos, primos, madres y padres. Fuera del hogar, aparece una heterogeneidad de compañeros, principalmente amigos del barrio y compañeros de jardín. Los hermanos son los compañeros más frecuentes. También aquí se observan diferencias: cuando la informante/madre no tiene instrucción o tiene primaria incompleta los niños tienden a jugar mayoritariamente con hermanos y primos, cuando alcanzan el nivel secundario completo o más, tienen

compañeros de juegos más heterogéneos, incluyendo –además de hermanos–, a amigos del jardín y del barrio (Figuras 6.34 y 6.35).

Figura 6.34. Compañeros de juego



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 516

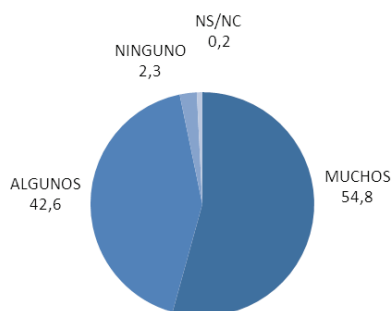
Figura 6.35. Compañeros habituales de juego



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 516.

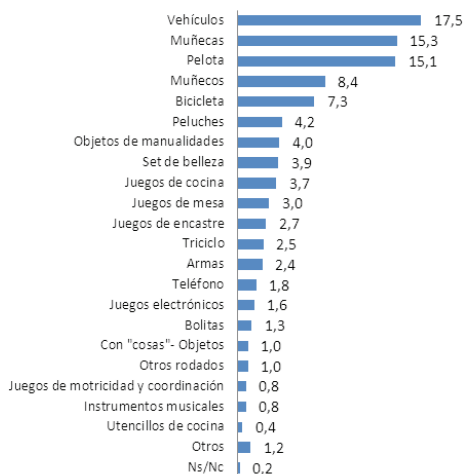
Recursos lúdicos. La existencia de juguetes está presente en casi la totalidad de los hogares con niños de dos a cinco años. La diversidad en el uso de los mismos depende de la cantidad disponible, la que varía de acuerdo al nivel educativo y el estrato socioresidencial de la informante/madre. Cuando se trata de casos con nivel de instrucción bajo los niños disponen de “algunos” juguetes, cuando el nivel educativo corresponde a secundaria completa o mayor, tienen “muchos juguetes”. De acuerdo al estrato socioresidencial, cuando es mayor posee “muchos” (66,5%) y cuando es menor dispone de “algunos” (49,5%). (Figuras 6.36 y 6.37)

Figura 6.36. Disponibilidad de juguetes



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 516

Figura 6.37. Juguetes de mayor uso

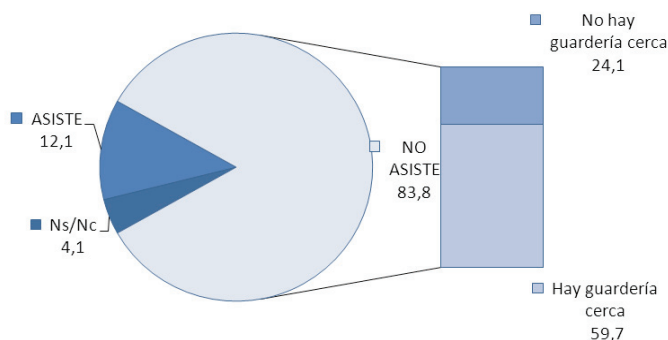


Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 516.
Cálculo sobre número de respuestas (1134)

Asistencia a Guardería y Jardines de Infantes

Como se planteara respecto a los niños pequeños, la disponibilidad de *Guarderías y Jardines de Infantes* forma parte de los recursos extra hogareños que promueven el desarrollo de las habilidades y conocimientos ligados a la alfabetización. Esto depende de la asistencia de los niños a tales instituciones, situación vinculada por otra parte con las creencias y posibilidades de los padres/cuidadores. Es necesario señalar que en el país sólo es obligatoria la asistencia a la última sala de jardín de infantes, que corresponde a los 5 años de edad. A partir de esta consideración y en consonancia con la creencia extendida de que es inconveniente enviar a los niños a guardería (60% contra el 35,8% que planteaba su conveniencia), sólo un 12,1% de los casos enviaba a sus hijos a guarderías, aún cuando la mayoría (59,7%) tenía acceso a ellas (Figura 6.38).

Figura 6.38. Asistencia y disponibilidad de guarderías



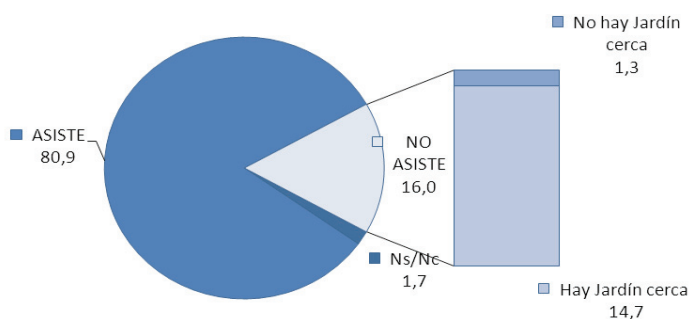
Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 290 (corresponde a la edad del niño).

Además aparecen diferencias según el nivel educativo y el estrato socioresidencial. Sólo un 3,7% de las informantes/madres sin instrucción o con primario incompleto afirmaron enviar a sus hijos a guardería, mientras lo hizo el 20,5% de ellas con nivel secundario o mayor. Respecto del estrato socioresidencial sucede algo similar; lo hace un 6,5% de nivel bajo/medio bajo, y un 28% de medio medio/medio alto. (Tabla 13).

Asistencia al Jardín de Infantes

Contrariamente a la asistencia a guarderías, la concurrencia al Jardín de infantes es alta, particularmente a partir de los 36 meses de edad (Figura 6.39). Es interesante destacar que quienes no envían al jardín a su hijo son mayoritariamente las madres adolescentes de entre 14 y 19 años, con menor nivel de instrucción y de estrato socioresidencial bajo/medio bajo. (Tabla 13).

Figura 6.39. Asistencia y accesibilidad al Jardín de Infantes

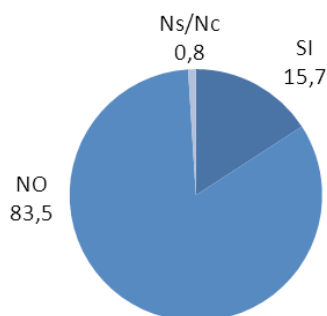


Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 388 (corresponde a la edad del niño) .

Otras actividades extraescolares y extrahogareñas

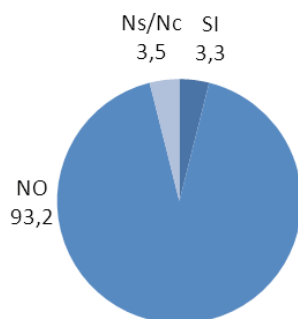
La presencia de actividades extraescolares y extra hogareñas es baja en los niños de 25 a 72 meses relevados en la investigación (Figuras 6.40 y 6.41).

Figura 6.40. Realización de actividades deportivas extraescolares



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 516.

Figura 6.41. Realización de actividades artísticas extraescolares

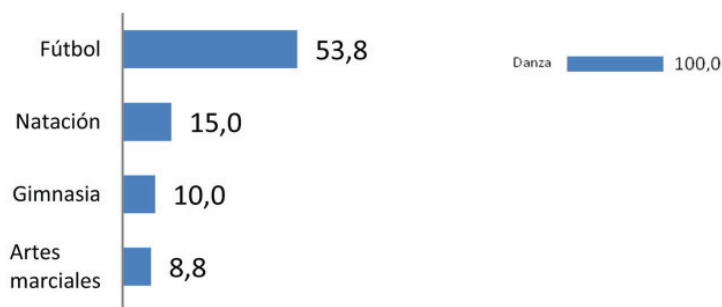


Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 516.

Entre estas actividades, la que se realiza mayoritariamente corresponde a la física/deportiva (15,7%) y la más frecuente es el fútbol (53,8%) (Figura 6.42).

La realización de actividades artísticas, en cambio, es muy baja (3,3%) y refiere, principalmente a la danza.

Figura 6.42. Tipo de actividad deportivas extraescolar



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Casos 80.

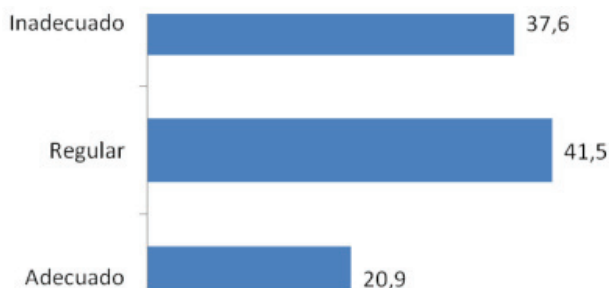
Entre los que realizan actividades deportivas se observa que a mayor edad y nivel educativo de la informante/madre hay mayor realización de actividades extraescolares. En efecto, mientras que las jóvenes de 14 a 19 no envían a sus hijos a actividades extraescolares, las de más de 35 lo hacen en un 19,5%; mientras que las informantes/madres sin instrucción o con primaria incompleta envían a sus hijos en un 4%, las que poseen secundario completo o más lo hacen en un 20,3%. (Tabla 13).

6.4. Índice integrado promoción del desarrollo infantil (12 a 24 meses)

La elaboración de un *Índice de Patrones Integrados para la Promoción del Desarrollo Infantil (niños de 12 a 24 meses)* permitió observar que si bien existe una proporción importante de creencias y prácticas que pueden considerarse adecuadas, para otro tanto se requieren mejoras. Casi el 40% se incluye dentro de la categoría adecuada y la misma proporción dentro de la categoría regular. El resto es inadecuado (Figura 6.43).

Las diferencias encontradas se asocian al nivel educativo de la informante/madre. En los casos de informantes/madres sin instrucción o con primaria incompleta, la proporción de inadecuación es del 34,8%, proporción que se reduce al 13,2% en las madres con secundario completo o mayor. En sentido inverso, mientras la adecuación se eleva al 54,7% en las madres con mayor nivel de instrucción, decae al 17,4% en las de menor instrucción. (Tabla 14).

Figura 6.43. Índice Integrado Promoción del Desarrollo Infantil (12 a 24 meses)

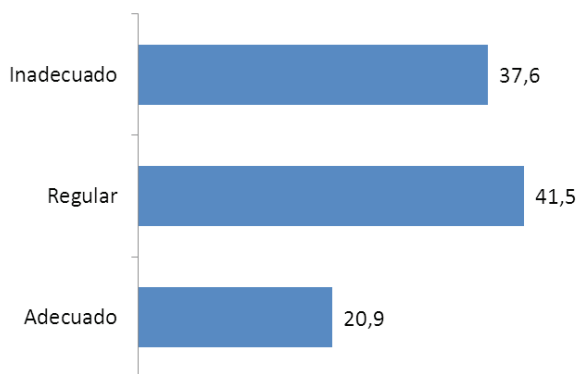


Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292.

6.5. Índice integrado sobre promoción del desarrollo infantil (25 a72 meses)

A diferencia del índice integrado para la población de 12 a 24 meses, cuando se trata de niños entre 25 y 72 meses los resultados son menos promisorios. Los valores de las categorías extremas se mueven en sentido inverso: poco más del 40% se ubica en la categoría regular, algo menos en la de inadecuación y sólo el 20% corresponden a la categoría adecuada (Figura 6.44).

Figura 6. 44. Índice Integrado Promoción del desarrollo Infantil (25 a 72 meses)



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN CIC-PBA. Total de casos 516.

Las diferencias existentes de acuerdo al nivel educativo y el estrato socioresidencial resultan significativas. El 60,0% de las prácticas de promoción al desarrollo infantil en los hogares con informantes/madres sin instrucción o con primaria incompleta son inadecuadas, porcentaje que desciende al

27,5% en el caso de las informantes/madres con secundaria completa o mayor. Paralelamente las más adecuadas aparecen en el estrato socioresidencial medio, medio/medio y alto, que duplican en porcentaje a las de niveles bajo/medio bajo. (Tabla 14)

En cuanto a la disponibilidad de recursos para la promoción del desarrollo infantil, sus indicadores nos hablan de una adecuación más extendida y destacada: aparece en seis de cada diez hogares. Sin embargo, esta adecuación aumenta significativamente con la edad, el nivel educativo (42% en las madres sin instrucción o con primaria incompleta y 77,8%, en madres con secundaria completa o más) y el estrato socioresidencial (55,6% en el nivel bajo/medio bajo y 70,3% en el medio medio/medio alto). (Tabla 14).

Con relación a ello, es razonable sostener que mientras que los recursos disponibles para la promoción del desarrollo infantil son adecuados, no sucede lo mismo con las prácticas que se implementan, especialmente en el caso de niños de 25 a 72 meses.

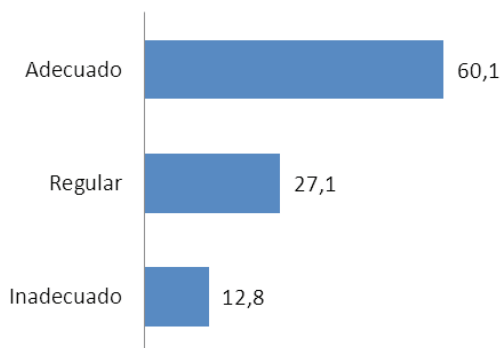
Al respecto, debe señalarse que además de las diferencias respecto del nivel educativo y/o el estrato socioresidencial de los hogares de las informantes/madres, también aparecen en relación con el número de hijos de hasta seis años. Parece clara la tendencia que reconoce una flexibilización o distanciamiento de los patrones de adecuación normativa de las prácticas de promoción del desarrollo infantil a medida que aumenta el número de hijos de esa edad. Mientras que el índice de patrones de promoción del desarrollo infantil

para los niños entre 12 y 24 meses muestra una adecuación general del 39,5%, se observa un incremento cuando se trata de sólo un hijo entre 0 y 6 años. Lo mismo se observa con los patrones de promoción del desarrollo infantil de niños de 25 a 72 meses, aunque —como se señalara—, los porcentajes de inadecuación son mayores. Si bien el índice integrado proporciona un porcentaje de inadecuación del 37,6%, cuando se trata de hogares con un solo niño de 0-6 años desciende al 34,3%, y se eleva según el número de hijos: 39,7% en los hogares con dos niños, 42,3% en el caso de tres y 72,7% cuando existen cuatro niños. De este modo, aparece una diferencia porcentual del 38,4% entre los extremos.

6.6. Índice Integrado Recursos para el Desarrollo Infantil (25 a 72 meses)

Lo mismo ocurre con el *índice de recursos para la promoción del desarrollo infantil* de niños de 25 a 72 meses. Como se señalara precedentemente la proporción de adecuación en términos generales resultó mayoritaria (60,1%) (Figura 6.45).

Figura 6.45. Índice Integrado Recursos para el Desarrollo Infantil (25 a 72 meses)



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 516.

También aparecen diferencias de acuerdo al número de hijos de hasta seis años. El porcentaje mayor (65,3%) aparece en los hogares con un único hijo, porcentaje que desciende en el siguiente orden: 58,3% en los hogares con dos niños, 40,4% donde existen tres y 36,4% cuando existen cuatro niños. En este caso la diferencia porcentual es de 28,9% entre ambos extremos. (Tabla 14).

6.7. Síntesis de resultados

- ✓ Las formas que adquiere la promoción del desarrollo infantil de los hijos están fuertemente asociadas con el conjunto de patrones de conocimientos, creencias, prácticas y características de padres/cuidadores. Esto no releva la importancia de la disponibilidad de recursos materiales, sino más bien que el énfasis del análisis pone de relieve la forma en que estos recursos se utilizan,

mediados a su vez por el conjunto de conocimientos y creencias de los cuidadores.

- √ De este modo, los patrones de referencia de sentidos, creencias y características de los padres/cuidadores (estables o inestables, rígidos o flexibles, adquiridos o construidos), actúan como insumo/orientación/referencia de las acciones que efectivamente implementan en la crianza de los hijos, que van a influir en el proceso del desarrollo. Por lo tanto, cuando tales patrones no son adecuados desaparece una oportunidad importante para que ellos puedan evaluar y detectar de manera sencilla aquellos eventos y/o problemas que pueden afectar el desarrollo de los hijos. Dicho de otro modo, aparece la posibilidad de que se desplieguen interacciones insuficientes o inadecuadas.
- √ Lo relevado en este apartado permite reconocer una serie de cuestiones ligadas a los patrones de crianza asociados al desarrollo infantil. Cuando se trata de los recursos materiales, los hogares cuentan con los que resultan fundamentales para la promoción del desarrollo. En efecto, seis de cada diez hogares mostraron adecuación en la disponibilidad de recursos para la alfabetización y el desarrollo infantil. Sobre las prácticas para la promoción del desarrollo infantil de los niños de 12 a 24 meses, el porcentaje de adecuación (39,5%) es de la misma magnitud que el que requiere alguna mejora (40,0%). A diferencia de este último, los patrones de promoción del desarrollo infantil en los niños de 25

y 72 meses muestran resultados menos auspiciosos: la adecuación de las prácticas sólo alcanza a dos de cada 10 hogares, mientras que la inadecuación se eleva a casi cuatro de cada 10 hogares.

- √ Cuando se compara a los dos grupos etarios considerados, mientras que los recursos materiales disponibles para el estímulo al desarrollo infantil existen en general, las prácticas de estímulo al desarrollo son más adecuadas en el caso de los niños de 12 a 24 meses respecto de los niños de 25 a 72 meses.
- √ Otro de los hallazgos del estudio corresponde a la relación entre la disponibilidad de recursos y las prácticas de promoción y el nivel educativo de las informantes/madres. A mayor nivel educativo mejores indicadores de recursos y prácticas. Como se ha señalado, cuando se trata de los niños pequeños (de 12 a 24 meses) la inadecuación de las prácticas en las informantes/madres sin instrucción o con primaria incompleta es mayor (34%) que en los casos con un nivel instrucción correspondiente a los estudios secundarios completos o mayores (13,2%). En el otro grupo etario, niños de 25 a 72 meses, aparece una influencia mayor del nivel educacional. El 60% de las prácticas en los hogares con informantes/madres sin instrucción o con primaria incompleta son inadecuadas, en contraste con el 27,5% cuando se trata de un nivel educativo correspondiente a secundaria completa o más. En relación con la disponibilidad de los recursos asociados a la promoción

del desarrollo infantil, la adecuación es del 42,0% en los hogares con madres sin instrucción o con primaria incompleta y aumenta al 77,8% en el de hogares con informantes/madres con secundaria completa o más. Es decir, la instrucción actúa como un factor determinante en las creencias y prácticas de promoción del desarrollo infantil.

- √ Otro observable que surge del trabajo realizado refiere al impacto del nivel educativo de las informantes/madres y del número de hijos de hasta 6 años sobre la disponibilidad y utilización de recursos las prácticas que se efectivizan en los hogares. De esta manera, los hallazgos antes mencionados proporcionan evidencia sobre el incremento de las prácticas de promoción del desarrollo a medida que aumentan los niveles de instrucción de las madres/informantes, no obstante, se encuentran mediadas por el número de hijos. Así, cuando aumenta el número de hijos en las edades consideradas, las prácticas de promoción tienden a alejarse de los patrones esperados. Mientras que el índice de patrones de promoción del desarrollo infantil para los niños entre 12 y 24 meses es adecuado en casi 4 de cada 10 hogares en general, esta proporción aumenta en aquellos hogares que tienen sólo un hijo entre 0 y 6 años. La misma tendencia se observa cuando se trata de los niños de 25 a 72 meses, aunque en este grupo se presenta una proporción mayor de inadecuación.
- √ En síntesis, el conjunto de los resultados pone de relieve la importancia del conocimiento como un recurso

ineludible para una crianza que potencie al máximo el desarrollo pleno de los niños. En este sentido, lo relevante permite orientar las estrategias de intervención a adoptar, en la medida que las creencias y saberes operan sobre las prácticas que se efectivizan. De suyo surge que la posibilidad de extensión de los saberes expertos normativos debe ser un recurso a disposición para todos los padres. Ello posibilitará que puedan abordar el conjunto de prácticas y la utilización de recursos más adecuados y con la frecuencia necesaria para el logro de la promoción del desarrollo pleno e integral del niño.

6.8. Anexo Apartado 6

Tabla 9

		MÁXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO POR EL					ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS				
		14 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 y más	Sin Instrucción Primaria	Primaria Completa Secundaria	Secundaria Completa o	Bajo Medio	Medio Medio
¿A qué edad cree usted que los niños deben saber caminar?	Menos de 11 meses	17.3%	16.1%	12.4%	13.4%	15.3%	21.2%	14.8%	11.6%	14.6%	14.4%
	Entre los 11 y 15 meses	69.2%	68.8%	68.3%	73.9%	70.3%	63.6%	68.4%	75.5%	68.6%	70.2%
	Más de 15 meses	13.5%	14.3%	19.3%	10.6%	12.9%	12.1%	16.8%	12.5%	15.3%	14.1%
	Na/No	.0%	.9%	1.1%	2.1%	1.5%	3.0%	1.0%	.5%	1.6%	.5%
¿A qué edad cree usted que los niños deben decir las primeras palabras con sentido?	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Entre los 2 y 6 meses	5.8%	8.9%	7.0%	6.3%	9.9%	15.2%	9.3%	2.3%	9.3%	4.8%
	Entre los 7 y 11 meses	40.4%	30.4%	28.0%	31.7%	34.2%	36.4%	36.4%	29.6%	33.6%	31.8%
	A los 12 meses	20.9%	39.3%	31.2%	35.2%	25.7%	18.2%	32.3%	37.5%	29.9%	34.9%
	Entre los 13 y 18 meses	17.3%	12.5%	18.8%	17.6%	18.3%	16.7%	13.1%	21.3%	15.3%	22.0%
	Entre los 19 y 24 meses	7.7%	4.5%	8.6%	7.7%	8.9%	10.6%	6.9%	6.9%	7.0%	9.6%
	Más de 24 meses	1.9%	.9%	.5%	.0%	.5%	.0%	.7%	.5%	.4%	.6%
	Na/No	.0%	3.6%	5.9%	1.4%	2.5%	3.0%	2.4%	1.9%	4.3%	.5%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
¿Para qué cree usted que le sirve jugar a los niños?	Desarrolla Peleo-motriz	36.9%	41.1%	49.0%	47.9%	51.9%	36.4%	44.0%	56.9%	46.4%	49.8%
	Aprender (Descubrir	25.0%	20.5%	20.4%	22.5%	18.8%	18.2%	21.3%	20.4%	21.1%	20.7%
	Exparcamiento) Diversión	15.4%	19.6%	16.1%	16.9%	10.9%	19.7%	19.6%	6.0%	16.5%	12.4%
	(Actividad Física Socialización	.0%	3.6%	5.4%	4.9%	8.4%	1.5%	4.5%	9.3%	4.3%	8.1%
	Otro	3.8%	8.0%	1.6%	2.6%	4.0%	4.5%	3.4%	2.8%	3.9%	3.3%
	No sabe	17.3%	6.3%	5.9%	3.5%	5.4%	16.7%	6.2%	3.2%	6.6%	5.2%
	No contesta	1.9%	.9%	1.1%	1.4%	1.0%	3.0%	1.0%	1.4%	1.2%	1.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
¿Considera que es conveniente que los niños asistan a la guardería?	Sí	76.9%	62.5%	61.1%	57.4%	55.0%	65.6%	66.9%	50.0%	63.8%	51.2%
	No sabe	5.8%	1.8%	2.7%	7.1%	3.5%	6.3%	2.1%	3.2%	4.6%	2.4%
	No contesta	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
¿A partir de qué edad es conveniente que concurren a la si guardería?	1 a 6 meses	6.7%	7.7%	9.8%	18.6%	20.0%	16.7%	14.1%	13.0%	15.3%	12.5%
	7 a 12 meses	6.7%	29.2%	13.1%	25.0%	27.1%	16.7%	16.8%	25.0%	19.7%	22.7%
	18 meses	.0%	15.4%	11.5%	6.3%	7.1%	.0%	5.9%	15.2%	7.3%	11.5%
	24 meses	26.7%	25.0%	27.9%	25.0%	25.7%	33.3%	25.9%	22.8%	25.9%	27.1%
	36 meses	26.7%	12.8%	19.7%	18.8%	7.1%	16.7%	20.0%	14.1%	15.3%	14.6%
	48 meses	.0%	2.6%	3.3%	.0%	.0%	5.6%	2.4%	.0%	2.2%	.0%
	72 meses	6.7%	2.6%	1.6%	.0%	.0%	5.6%	1.2%	1.1%	.7%	1.3%
	Na/No	26.7%	6.1%	13.1%	4.2%	12.9%	5.6%	10.6%	8.7%	13.1%	7.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 516.

Tabla 10

							MAXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO			ESTRATOS SOCIOECONOMICOS		
		14 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 y más	Sin Instrucción Primaria	Primaria Completa Secundaria	Secundaria Completa o	Bajo Medio	Medio Medio Medio	
¿Asiste a guardería?	9	.0%	2.8%	5.9%	6.8%	10.3%	.0%	3.7%	11.8%	4.3%	10.2%	5.9%
	No, no hay cerca	22.2%	41.7%	41.2%	47.7%	43.6%	36.4%	44.4%	35.3%	43.2%	36.7%	41.2%
	No, pero hay cerca	77.8%	47.2%	45.1%	45.5%	43.6%	60.9%	46.9%	51.0%	47.5%	51.0%	48.4%
	Na/Nc	.0%	8.3%	7.8%	.0%	2.6%	8.7%	4.9%	2.0%	5.0%	2.0%	4.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Su hijo, ¿tiene juguetes?	27.8%	44.4%	51.0%	50.0%	43.6%	26.1%	45.7%	68.6%	43.9%	51.0%	45.7%
	Si, muchos	27.8%	44.4%	51.0%	50.0%	43.6%	26.1%	45.7%	68.6%	43.9%	51.0%	45.7%
	Si, algunos	.0%	52.6%	47.1%	45.5%	51.3%	69.6%	53.1%	31.4%	52.5%	46.9%	51.1%
	Ninguno	.0%	2.8%	2.0%	4.5%	5.1%	4.3%	1.2%	.0%	3.6%	2.0%	3.2%
	Na/Nc	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
¿Usted suele jugar con su hijo?	9	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Rara vez, de vez en cuando	94.4%	97.2%	96.1%	97.7%	85.0%	95.7%	97.6%	98.1%	93.6%	95.9%	94.2%
	Na/Nc	.0%	.0%	.0%	.0%	7.5%	.0%	1.2%	.0%	2.1%	.0%	1.6%
	Total	5.6%	2.8%	3.9%	2.3%	7.5%	4.3%	1.2%	3.9%	4.3%	4.1%	4.2%
	Na/Nc	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	¿Con qué frecuencia juega?	.0%	5.6%	3.9%	.0%	2.7%	4.3%	1.2%	2.0%	3.6%	.0%	2.7%
	1	.0%	2.8%	2.0%	2.3%	2.7%	.0%	1.2%	6.0%	1.5%	4.2%	2.2%
	2	5.6%	.0%	2.0%	7.0%	5.4%	13.0%	1.2%	4.0%	4.4%	2.1%	3.8%
	3	.0%	.0%	.0%	2.3%	8.1%	4.3%	3.7%	.0%	2.9%	.0%	2.9%
¿Usted le canta canciones a su hijo?	4	5.6%	.0%	7.8%	.0%	2.7%	4.3%	1.2%	4.0%	2.2%	6.3%	3.2%
	5	.0%	5.6%	2.0%	7.0%	.0%	.0%	3.7%	2.0%	2.9%	4.2%	3.2%
	6	.0%	.0%	2.0%	2.3%	.0%	.0%	1.2%	2.0%	.7%	2.1%	1.1%
	7	88.9%	86.1%	72.5%	72.1%	78.4%	73.9%	82.7%	78.0%	78.1%	77.1%	77.8%
	Na/Nc	.0%	.0%	7.8%	7.0%	.0%	3.7%	2.0%	3.6%	4.2%	3.8%	3.8%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	¿Usted le canta canciones a su hijo?	8	76.5%	85.7%	91.4%	87.1%	89.8%	78.8%	85.7%	94.1%	85.5%	83.1%
	Na/Nc	23.5%	12.5%	7.4%	12.9%	10.2%	21.2%	13.5%	5.9%	13.6%	6.9%	12.0%
	Total	.0%	1.9%	1.2%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
	¿Con qué frecuencia le canta canciones a su hijo?	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
¿Usted acostumbra contarle cuentos a su hijo?	9	11.1%	2.1%	.0%	1.9%	7.5%	7.7%	4.6%	1.3%	4.2%	1.5%	3.5%
	1	3.7%	4.2%	2.7%	3.7%	1.9%	.0%	3.7%	3.8%	2.1%	6.0%	3.1%
	2	7.4%	8.3%	1.4%	3.7%	1.9%	7.7%	3.7%	3.8%	4.2%	3.0%	3.9%
	3	3.7%	3.7%	6.3%	5.4%	3.7%	.0%	5.5%	2.5%	3.7%	4.5%	3.9%
	4	3.7%	2.1%	5.4%	5.6%	3.8%	15.4%	.9%	6.3%	3.2%	7.5%	4.3%
	5	.0%	2.1%	5.4%	.0%	.0%	.0%	.9%	3.8%	2.1%	1.5%	2.0%
	6	.0%	.0%	2.7%	1.9%	1.9%	.0%	.9%	2.5%	1.1%	3.0%	1.6%
	7	70.4%	70.8%	71.6%	77.8%	77.4%	65.4%	76.1%	71.3%	74.1%	73.1%	73.8%
	Na/Nc	.0%	4.2%	5.4%	1.9%	5.7%	3.8%	3.7%	5.0%	5.3%	.0%	3.9%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
¿Usted suele leerle cuentos o mostrarle libros con imágenes a su hijo?	9	38.9%	38.9%	33.3%	40.9%	50.0%	17.4%	37.8%	58.8%	37.1%	49.0%	40.2%
	Na/Nc	61.1%	61.1%	64.7%	56.8%	47.5%	78.3%	61.0%	39.2%	60.7%	51.0%	58.2%
	Total	.0%	.0%	2.0%	2.3%	2.5%	4.3%	1.2%	2.0%	2.1%	.0%	1.6%
	¿Con qué frecuencia le cuenta cuentos a su hijo?	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1	.0%	14.3%	11.8%	18.7%	9.5%	25.0%	15.6%	3.3%	13.2%	8.3%	11.7%
	2	.0%	7.1%	7.1%	22.2%	9.5%	25.0%	9.4%	16.7%	17.0%	4.2%	13.0%
	3	28.6%	.0%	17.6%	5.6%	28.6%	.0%	15.6%	13.3%	15.1%	16.7%	15.6%
	4	.0%	.0%	5.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.3%	.0%	4.2%	1.3%
	5	28.6%	.0%	5.9%	.0%	9.5%	.0%	3.1%	10.0%	7.5%	4.2%	6.5%
	6	.0%	7.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.3%	1.9%	.0%	1.3%
¿Usted suele leerle cuentos o mostrarle libros con imágenes a su hijo?	7	28.6%	57.1%	29.4%	38.9%	28.6%	50.0%	40.0%	33.3%	32.1%	45.8%	36.4%
	Na/Nc	.0%	7.1%	17.6%	.0%	4.8%	.0%	3.1%	10.0%	5.7%	8.3%	6.5%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	¿Usted suele leerle cuentos o mostrarle libros con imágenes a su hijo?	9	83.3%	63.9%	76.5%	72.7%	62.5%	65.2%	75.6%	78.4%	72.9%	65.3%
	Na/Nc	16.7%	36.6%	23.5%	27.3%	37.5%	34.8%	23.2%	21.6%	25.7%	34.7%	28.0%
	Total	.0%	5.6%	.0%	.0%	.0%	1.2%	.0%	1.4%	.0%	.0%	1.1%
	¿Con qué frecuencia lo hace?	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1	6.7%	8.7%	17.1%	6.3%	4.0%	20.0%	11.1%	4.9%	12.5%	.0%	9.6%
	2	13.3%	8.7%	.0%	9.4%	12.0%	6.7%	6.3%	12.2%	7.7%	6.3%	7.4%
	3	6.7%	8.7%	14.6%	18.8%	8.0%	.0%	14.3%	9.8%	12.5%	12.5%	12.5%
	4	20.0%	.0%	17.1%	15.6%	12.0%	13.3%	12.7%	12.2%	12.5%	15.6%	13.2%
	5	6.7%	.0%	14.6%	.0%	8.0%	.0%	4.8%	12.2%	4.8%	12.5%	6.6%
	6	.0%	4.3%	.0%	3.1%	.0%	.0%	.0%	4.0%	3.3%	3.3%	2.2%
	7	40.0%	60.9%	29.3%	40.6%	56.0%	60.0%	44.4%	39.0%	43.3%	43.8%	43.4%
	Na/Nc	6.7%	8.7%	4.9%	6.3%	.0%	.0%	6.3%	4.9%	4.8%	6.3%	5.1%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 516.

Tabla II

		MÁXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO POR						ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS			
		14 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 y más	Sin Instrucción	Primaria Completa	Secundaria Completa o	Bajo Medio	Medio Alto
¿Usted suele darle papel y lápiz a su hijo para que dibuje?	S	87.5%	97.6%	97.9%	98.1%	95.1%	94.0%	95.5%	98.7%	96.4%	97.6%
	Ne	12.5%	2.4%	2.1%	1.9%	4.9%	6.0%	4.5%	1.3%	3.6%	2.3%
Rango edad de lápiz	Na/Ne	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Entre los 12 meses	S	.0%	.0%	2.8%	.0%	.3%	2.1%	.5%	2.0%	.9%	1.9%
	Ne	28.6%	12.0%	10.0%	17.1%	16.7%	11.7%	12.8%	11.7%	12.2%	20.1%
Entre los 13 y 17 meses	S	.0%	6.0%	5.0%	1.9%	2.6%	2.1%	2.3%	6.6%	3.5%	3.9%
	Ne	.0%	9.6%	9.9%	15.2%	5.8%	10.6%	4.7%	17.9%	7.2%	14.3%
Entre los 19 y 23 meses	S	.0%	.0%	2.1%	2.9%	.0%	2.3%	1.3%	1.7%	1.9%	1.8%
	Ne	35.7%	26.5%	31.9%	32.4%	26.9%	23.4%	30.0%	30.5%	29.9%	29.7%
Entre 25 y 35 meses	S	14.3%	8.4%	11.3%	10.5%	10.3%	8.5%	16.0%	3.3%	10.4%	10.4%
	Ne	14.3%	25.3%	17.7%	13.3%	19.9%	23.4%	20.7%	13.2%	21.7%	11.7%
Entre 37 a 47 meses	S	7.1%	1.2%	1.4%	.0%	3.8%	2.1%	.5%	2.6%	2.3%	1.3%
	Ne	.0%	6.0%	5.7%	2.9%	5.8%	6.4%	8.0%	.7%	5.8%	3.2%
Más de 48 meses	S	.0%	1.2%	.7%	1.0%	3.2%	6.4%	1.9%	.0%	2.0%	.6%
	Ne	.0%	3.6%	.7%	2.9%	1.9%	2.1%	1.4%	2.6%	2.3%	1.3%
Total	Na/Ne	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
¿Tiene libros infantiles?	S	82.5%	69.4%	75.7%	73.8%	81.7%	60.0%	71.3%	87.6%	72.6%	82.9%
	Ne	37.5%	30.6%	24.3%	26.2%	18.3%	40.0%	28.7%	12.4%	27.4%	17.1%
Cantidad de Libros	Na/Ne	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Hasta 10 libros	S	70.0%	78.0%	65.7%	49.4%	50.0%	69.0%	73.4%	36.2%	66.8%	43.8%
	Ne	20.0%	11.9%	19.4%	28.9%	31.1%	10.3%	14.6%	41.5%	17.6%	37.7%
Más de 10 libros	Na/Ne	10.0%	10.2%	14.8%	20.8%	18.9%	20.7%	12.0%	22.3%	15.6%	18.6%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
¿Usted le lee cuentos o le muestra libros con imágenes a su hijo?	S	75.0%	90.6%	86.8%	87.9%	83.5%	80.0%	87.9%	92.8%	85.2%	88.6%
	Ne	25.0%	9.4%	13.2%	12.1%	15.9%	20.0%	12.1%	7.2%	14.5%	11.4%
Total	Na/Ne	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
¿Cada cuánto lo hace?	1	16.7%	9.1%	15.0%	11.7%	13.1%	25.0%	13.7%	9.8%	13.3%	11.5%
	2	.0%	13.0%	9.4%	10.6%	10.9%	10.0%	10.2%	9.1%	11.0%	9.4%
3	S	16.7%	15.6%	7.1%	8.5%	11.7%	10.0%	11.7%	9.8%	11.4%	8.6%
	Ne	16.7%	16.9%	15.0%	11.7%	14.6%	10.0%	14.7%	16.1%	13.3%	17.3%
4	S	8.3%	7.8%	4.7%	4.3%	6.0%	10.0%	4.6%	5.6%	6.2%	5.0%
	Ne	8.3%	3.9%	3.9%	4.3%	4.4%	.0%	5.1%	2.8%	3.9%	5.0%
5	S	.0%	.0%	.8%	2.1%	.7%	.0%	1.5%	.7%	1.0%	.7%
	Ne	33.3%	29.9%	43.3%	42.6%	28.5%	32.9%	33.9%	41.3%	35.4%	37.4%
6	Na/Ne	.0%	3.9%	.8%	4.3%	9.5%	2.5%	5.1%	4.9%	4.5%	5.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
¿Usted acostumbra a darle otros materiales para manualidades a su hijo?	S	75.0%	62.4%	77.8%	70.1%	73.2%	54.0%	70.9%	86.9%	69.8%	77.2%
	Ne	25.0%	37.6%	22.2%	29.0%	26.8%	46.0%	29.1%	13.1%	29.9%	22.8%
Total	Na/Ne	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
¿Cada cuánto lo hace?	1	16.7%	19.2%	16.9%	10.7%	12.8%	14.8%	15.6%	13.6%	15.9%	14.0%
	2	.0%	17.3%	13.5%	12.0%	16.2%	22.2%	14.9%	12.1%	14.2%	14.0%
3	S	16.7%	17.3%	13.5%	16.7%	16.2%	22.2%	15.6%	15.6%	15.5%	9.1%
	Ne	8.3%	11.5%	11.7%	4.0%	13.7%	7.4%	12.3%	9.8%	10.6%	10.7%
4	S	8.3%	3.8%	3.6%	9.3%	5.1%	.0%	5.6%	8.3%	4.9%	6.6%
	Ne	.0%	1.9%	2.7%	2.7%	2.6%	7.4%	2.6%	1.5%	2.4%	2.5%
5	S	8.3%	.0%	1.8%	.0%	.9%	.0%	1.9%	.0%	1.6%	.0%
	Ne	41.7%	28.8%	31.5%	40.0%	28.2%	25.9%	27.3%	36.4%	28.0%	40.5%
6	Na/Ne	.0%	.0%	2.7%	2.7%	4.3%	.0%	3.9%	2.3%	2.8%	2.5%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
¿Usted acostumbra a darle otros materiales para manualidades a su hijo?	S	68.8%	69.4%	66.6%	66.4%	75.0%	50.0%	68.2%	79.7%	65.4%	77.8%
	Ne	31.3%	30.6%	34.7%	31.8%	25.0%	50.0%	31.8%	19.0%	33.8%	22.2%
Total	Na/Ne	.0%	.0%	.7%	1.9%	.0%	.0%	.0%	1.3%	.8%	.6%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA.Total de casos 516.

Tabla 12

		MAXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO					ESTRATOS SOCIOECONOMICOS				
		14 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 y más	Sin Instrucción Primaria Completa Secundaria Completa o	Bajo Medio	Medio Alto		
¿Tiene televisión?	Sí	93.8%	95.3%	95.3%	96.3%	97.0%	92.0%	99.3%	94.7%	99.4%	96.1%
	No	6.3%	4.7%	4.7%	3.7%	3.0%	8.0%	4.0%	7%	5.3%	3.9%
	Na/Nc	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
¿Cuánto tiempo mira su hijo televisión por día?	Menos de una hora por día	6.7%	23.2%	16.7%	16.5%	13.2%	20.0%	16.7%	13.8%	16.8%	16.3%
	1	13.3%	17.1%	21.0%	21.4%	9.4%	24.4%	16.2%	15.8%	17.1%	15.3%
	2	26.7%	24.4%	24.6%	23.3%	28.9%	22.2%	26.4%	23.7%	25.0%	27.4%
	3	13.3%	18.3%	18.1%	15.5%	20.8%	13.3%	15.3%	27.0%	18.2%	18.5%
	4	13.3%	4.9%	7.2%	10.7%	10.1%	4.4%	10.6%	5.9%	8.8%	8.7%
	5	13.3%	7.3%	2.9%	6.8%	5.0%	2.2%	6.5%	4.6%	5.3%	5.7%
	6	6.7%	2.4%	2.9%	1.9%	5.7%	6.7%	3.2%	3.3%	3.2%	4.5%
	7	6.7%	.0%	.7%	.0%	.0%	.0%	.9%	.0%	.3%	.6%
	8	.0%	1.2%	2.2%	.0%	1.3%	4.4%	.9%	1.3%	1.5%	.8%
	10	.0%	.0%	.7%	.0%	.0%	.0%	.5%	.0%	.3%	.0%
	12	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%	.0%	.0%	.0%	.3%	.0%
	No sabe	.0%	1.2%	2.9%	2.9%	5.0%	2.2%	4.6%	3.2%	3.2%	3.2%
	No contesta	.0%	.0%	.0%	1.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%	.2%
¿Su hogar tiene PC?	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Sí	6.3%	10.6%	16.7%	29.0%	28.2%	8.0%	8.5%	49.0%	14.2%	38.2%
	No	93.8%	89.2%	80.6%	70.1%	70.6%	88.0%	90.6%	49.7%	84.1%	60.6%
	Na/Nc	.0%	1.2%	2.8%	.9%	1.2%	4.0%	.9%	1.3%	1.7%	1.3%
Si tiene PC ¿la usa con frecuencia?	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Sí	50.0%	.0%	16.0%	25.0%	29.2%	50.0%	14.3%	24.7%	20.4%	25.4%
	Más o menos	50.0%	30.0%	40.0%	46.9%	37.5%	50.0%	28.6%	45.5%	38.9%	41.3%
	No	.0%	60.0%	44.0%	28.1%	31.3%	.0%	62.4%	28.6%	37.0%	33.3%
¿Cuánto tiempo está en la PC?	Menos de una hora	.0%	.0%	.0%	.0%	2.1%	.0%	4.8%	1.3%	3.7%	.0%
	1	.0%	100.0%	16.7%	44.4%	27.6%	50.0%	25.0%	28.6%	32.1%	30.9%
	2	.0%	.0%	16.7%	27.8%	10.3%	.0%	37.5%	16.3%	17.9%	15.0%
	3	.0%	.0%	22.2%	5.6%	6.9%	.0%	25.0%	10.2%	7.1%	12.8%
	4	.0%	.0%	.0%	5.6%	6.9%	.0%	.0%	6.1%	3.6%	5.0%
	5	.0%	.0%	.0%	.0%	10.3%	25.0%	12.5%	2.0%	3.6%	5.0%
	6	.0%	.0%	.0%	.0%	3.4%	.0%	.0%	2.0%	.0%	2.5%
	7	100.0%	.0%	11.1%	.0%	10.3%	.0%	.0%	8.2%	3.6%	12.5%
	8	.0%	.0%	.0%	.0%	3.4%	.0%	.0%	2.0%	.0%	2.5%
	10	.0%	.0%	5.6%	.0%	3.4%	.0%	.0%	4.1%	3.6%	2.5%
	12	.0%	.0%	5.6%	5.6%	.0%	.0%	.0%	2.0%	3.6%	2.5%
	14	.0%	.0%	.0%	.0%	3.4%	25.0%	.0%	.0%	3.6%	.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
¿Tiene algún juego electrónico para conectar a la PC y/o a la televisión?	Sí	6.3%	23.5%	26.4%	33.6%	33.5%	22.0%	29.1%	32.7%	28.2%	31.0%
	No	93.8%	76.5%	67.4%	63.6%	62.2%	66.0%	66.8%	66.7%	67.0%	67.2%
	Na/Nc	.0%	.0%	6.3%	2.8%	4.3%	12.0%	4.0%	.7%	4.7%	1.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA.Total de casos 516.

Tabla 13

							MAXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO				ESTRATOS SOCIOECONOMICOS		
		14 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 y más	Sin Instrucción Primaria	Primaria Completa Secundaria	Secundaria Completa Tercera	Bajo Medio	Medio Medio Alto		
¿Usted suele jugar con hijo?	S	100.0%	92.9%	98.6%	98.1%	94.6%	96.0%	97.3%	98.0%	95.2%	98.7%	96.3%	
	N	0%	7.1%	1.4%	1.9%	5.5%	4.0%	2.7%	2.0%	4.8%	1.3%	3.7%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	Menos de 1 año	0%	7.6%	4.3%	9.5%	3.9%	14.6%	5.1%	2.7%	7.1%	2.6%	5.7%	
	1	0%	2.5%	4.3%	2.9%	6.3%	3.2%	4.0%	3.2%	3.2%	5.1%	3.8%	
	2	0%	1.3%	5.0%	11.4%	9.1%	10.4%	5.1%	8.0%	6.2%	8.3%	6.9%	
	3	6.3%	6.3%	7.1%	8.6%	8.4%	12.5%	9.7%	4.7%	8.6%	5.8%	7.7%	
	4	12.5%	2.5%	3.5%	1.9%	2.1%	3.2%	4.7%	2.9%	4.5%	3.4%	3.4%	
	5	0%	1.3%	2.1%	2.9%	2.6%	0%	3.2%	2.0%	1.8%	3.2%	2.2%	
	6	0%	1.3%	7%	1.0%	0%	0%	5%	7%	6%	6%	6%	
Su hijo ¿tiene juguetes?	7	81.3%	77.2%	68.8%	57.1%	62.3%	50.0%	66.2%	71.3%	65.8%	66.7%	66.1%	
	Ns/Nc	0%	0%	4.3%	4.8%	4.5%	4.2%	3.7%	2.0%	3.8%	3.2%	3.6%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	Si, muchos	96.3%	47.1%	55.6%	55.1%	57.3%	32.0%	48.0%	71.2%	49.7%	68.5%	54.8%	
	Si, algunos	43.8%	52.8%	43.1%	40.2%	38.4%	62.0%	50.2%	28.1%	47.8%	31.0%	42.6%	
	Ninguno	0%	0%	1.4%	4.7%	3.0%	6.0%	1.8%	0%	2.2%	2.5%	2.3%	
	Ns/Nc	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	7%	3%	0%	2%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	S	11.1%	11.8%	9.2%	14.0%	14.0%	3.7%	6.0%	20.5%	6.5%	28.0%	12%	
	No, no hay cerca	22.2%	27.5%	23.0%	24.6%	23.3%	22.2%	28.4%	17.9%	27.4%	14.7%	24.1%	
¿Asiste a guardería?	No, pero hay cerca	66.7%	56.9%	64.4%	57.9%	57.0%	74.1%	61.2%	55.1%	61.9%	53.3%	59.7%	
	Ns/Nc	0%	3.9%	3.4%	3.5%	5.8%	0%	4.5%	6.4%	4.2%	4.0%	4.1%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	S	70.0%	76.9%	84.8%	76.5%	83.7%	73.5%	77.6%	87.3%	79.2%	85.1%	80.9%	
	No, no hay cerca	30.0%	18.5%	13.1%	17.6%	10.9%	23.5%	19.4%	5.9%	17.2%	8.8%	14.7%	
	Ns/Nc	0%	4.6%	1.7%	5.9%	2.3%	1.2%	5.9%	1.2%	2.2%	5.3%	3.1%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	¿Realiza alguna actividad deportiva extraescolar?	N	0%	11.8%	13.2%	18.7%	15.9%	4.0%	17.0%	20.3%	15.6%	15.8%	
	Ns/Nc	93.8%	88.2%	86.1%	79.4%	80.5%	96.0%	82.5%	78.4%	83.5%	83.5%	83.5%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
¿Qué actividad deportiva extraescolar realiza su hijo?	Fútbol	0%	80.0%	63.2%	50.0%	43.3%	50.0%	69.2%	35.5%	61.8%	36.0%	53.8%	
	Natación	0%	0%	5.3%	29.0%	23.3%	0%	5.1%	32.3%	10.9%	24.0%	15.0%	
	Artes marciales	0%	0%	10.5%	20.0%	3.3%	0%	7.7%	9.7%	7.3%	12.0%	8.8%	
	Gimnasia	0%	10.0%	5.3%	5.0%	16.7%	50.0%	2.6%	12.9%	9.1%	12.0%	10.0%	
	Otras	100.0%	10.0%	15.8%	5.0%	13.3%	0%	15.4%	9.7%	10.9%	16.0%	12.5%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	S	0%	1.2%	2.8%	3.7%	4.9%	0%	3.6%	4.6%	2.5%	5.1%	3.3%	
	Ns/Nc	93.8%	92.9%	95.8%	90.7%	92.6%	100.0%	91.5%	92.2%	92.7%	94.3%	93.2%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	¿Qué actividad artística extraescolar realiza su hijo?	Danzas	0%	100.0%	25.0%	66.7%	25.0%	0%	28.6%	42.9%	37.5%	37.5%	
Indice Patrones de promoción del desarrollo infantil (25 a 72 meses)	Danzas artes	0%	0%	25.0%	0%	37.5%	0%	28.6%	28.6%	12.5%	37.5%	25.0%	
	Otras	0%	0%	50.0%	33.3%	37.5%	0%	42.9%	28.6%	50.0%	25.0%	37.5%	
	Total	0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	Inadecuado	25.0%	37.6%	33.3%	35.5%	43.9%	60.0%	34.1%	27.5%	39.4%	33.5%	37.6%	
	Regular	56.3%	47.1%	45.1%	38.3%	36.0%	32.0%	48.4%	40.5%	43.9%	36.1%	41.9%	
	Adecuado	18.8%	15.3%	21.5%	26.2%	20.1%	8.0%	17.5%	32.0%	16.8%	30.4%	20.9%	
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA.Total de casos 516.

Tabla 14

							MAXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO				ESTRATOS SOCIOECONOMICOS		
		14 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 y más	Sin Instrucción Primaria	Primaria Completa Secundaria	Secundaria Completa Tercera	Bajo Medio	Medio Medio Alto		
Indice Patrones de promoción del desarrollo infantil (12 a 54 meses)	Inadecuado	33.3%	27.0%	13.2%	17.4%	22.0%	34.8%	18.8%	13.2%	22.8%	14.0%	20.8%	
	Regular	27.8%	27.0%	45.3%	50.0%	39.0%	47.8%	41.9%	32.1%	40.7%	38.0%	40.0%	
	Adecuado	38.9%	45.8%	41.4%	5.6%	2.5%	17.4%	39.4%	54.7%	36.6%	48.0%	39.5%	
Indice Patrones de promoción del desarrollo infantil (25 a 72 meses)	Inadecuado	25.0%	37.6%	33.3%	35.5%	43.9%	60.0%	34.1%	27.5%	39.4%	33.5%	37.6%	
	Regular	56.3%	47.1%	45.1%	38.3%	36.0%	32.0%	48.4%	40.5%	43.9%	36.1%	41.9%	
	Adecuado	18.8%	15.3%	21.5%	26.2%	20.1%	8.0%	17.5%	32.0%	16.8%	30.4%	20.9%	
Indice Recursos para la promoción del desarrollo infantil (25 a 72 meses)	Inadecuado	18.8%	12.9%	13.9%	13.1%	11.0%	22.0%	16.6%	3.3%	14.6%	8.6%	12.8%	
	Regular	56.3%	37.6%	24.3%	29.0%	20.1%	36.0%	19.0%	3.3%	19.0%	29.0%	27.1%	
	Adecuado	25.0%	49.4%	61.8%	57.9%	68.9%	42.0%	53.4%	77.8%	55.6%	70.3%	60.1%	
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA.Total de casos 516.

7. PATRONES DE ALARMA EN LA CRIANZA FRENTE A PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN, DESARROLLO PSICOSOCIAL Y SALUD DEL NIÑO

EN ESTE APARTADO se presentan tres cuestiones que englobamos con sentidos disímiles, dentro de lo que denominamos patrones de alarma. Por un lado, comentaremos las respuestas de las informantes/madres a las preguntas referidas a la existencia de preocupaciones sobre la crianza en general, sobre la alimentación, sobre el desarrollo psicosocial y sobre problemas de salud en sus hijos menores. Este aspecto se ubica en el terreno de las percepciones maternas. La otra cuestión, abarca prácticas y actitudes sobre un aspecto de la salud específico: la salud bucodental, soslayada en la consideración y atención de la salud infantil³⁵. La tercera y última, se refiere a la existencia de daños a la salud derivados de accidentes.

³⁵Y sobre el cual pretendimos incidir informando sobre la respuesta esperada luego de registrar la brindada por las informantes.

Consideramos que la percepción, el significado y la interpretación de los riesgos, protecciones y problemas de salud constituyen el punto de partida para desplegar cuidados específicos e iniciar consultas más o menos oportunas. Como plantea Menéndez (1992), es el hogar el que constituye de hecho el primer nivel de atención y el más importante por sus potencialidades preventivas. La familia es la institución que establece en forma estructural el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso salud/enfermedad/atención: en ella se da la mayor frecuencia y recurrencia de padecimientos y de enfermedades, es el lugar donde se inicia la “carrera de enfermo”, donde se da el mayor número de detecciones, diagnósticos, actividades de atención y tal vez de curación. En ella, sea en forma directa o como mediadora, actúan algunos de los principales determinantes de la morbilidad y de la mortalidad, en particular en los menores de cinco años. A su alrededor se organizan las principales redes sociales respecto del proceso salud/enfermedad/atención. Dentro de la misma, la división sexual del trabajo establece, en la mayoría de las sociedades, que es la mujer/madre la encargada de generar el mayor número de actividades específicas ligadas al proceso salud/enfermedad/atención: a ella corresponde detectar, diagnosticar, establecer los primeros tratamientos incluyendo la búsqueda de ayuda, decidir la continuidad del tratamiento, etc. La mujer es el principal y más frecuente informante del médico. Estos y otros reconocimientos, ya sea que acentuemos los caracteres positivos o negativos de la familia en términos de la

salud de los niños, ponen énfasis en la recuperación de los umbrales de percepción de la salud/enfermedad de la mujer/madre y de sus estrategias de atención.

De estas constataciones, planteamos la importancia de conocer las preocupaciones de las mujeres/madres en torno de la salud de sus hijos. Las percepciones, conocimientos y valoraciones son interpretados como un modelo abstracto de orientación de comportamientos, una guía para la acción pero asumimos que las prácticas no se desprenden mecánicamente de ellas en tanto tienen una relación cambiante con las circunstancias, los contextos y las posibilidades donde se desarrollan.

Huelga fundamentar la importancia que en este sentido asume el acceso a los servicios de salud pero —reiteramos— la percepción de la salud/enfermedad y los conocimientos sobre ella por parte de las madres o cuidadores directos aparece como un factor de protección sustantivo en la prevención primaria y secundaria.

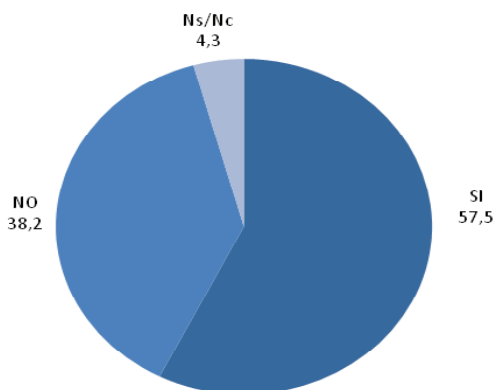
Ello interviene en la consulta oportuna ante señales de alarma, en el reconocimiento de la importancia de una adecuada alimentación, de comportamientos esperados para la edad, de la utilidad de los controles periódicos de salud —incluyendo los que hacen a la prevención de enfermedades buco-dentales—, de riegos o enfermedades comunes en los niños, la necesidad de su atención, etc.

7.1. Preocupaciones sobre la crianza, la salud, la alimentación y el desarrollo de los hijos.

A continuación, describiremos las preocupaciones que las informantes manifestaron tener con relación a los problemas habituales en los niños, sea en la alimentación, en desarrollo psicosocial y/o de salud, especificando el tipo de problemas que les preocupa y las formas de enfrentarlos.

Como puede observarse en el gráfico siguiente, más de la mitad manifestó preocupación por la crianza en general (Figura 7.1.).

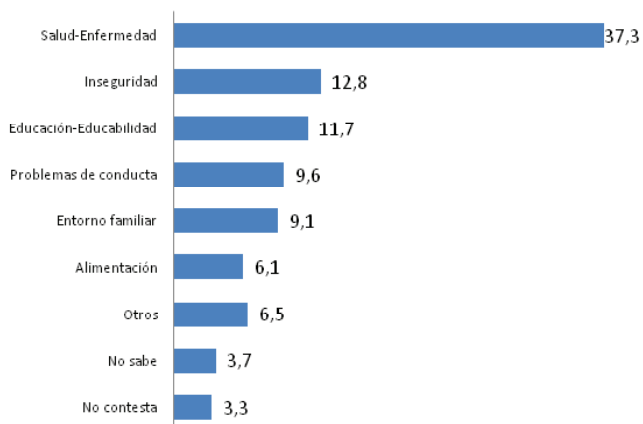
Figura 7.1. Existencia de preocupación con relación a la crianza. Niños de 0 a 72 meses



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 694.

En primer lugar, los problemas de salud son los que ocupan en mayor medida las preocupaciones incluidas en la crianza, siguiendo la inseguridad, la educación, las conductas de los niños y su control.

Figura 7.2. Tipo de problema de preocupación con relación a la crianza. Niños de 0 a 72 meses



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 694.

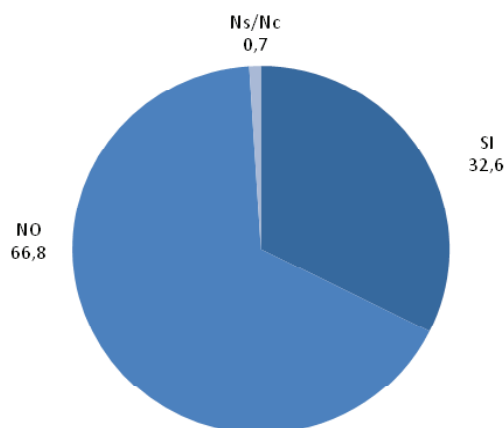
Esta apreciación, se sostiene al indagar de manera independiente la preocupación por problemas de salud, de alimentación y del desarrollo aunque podemos observar diferencias según se trate de lactantes o pre-escolares.

El 32,6% de quienes tenían hijos de 0 a 24 meses manifestó estar preocupada por problemas de salud, elevándose al 41,1% en el caso de las que tenían hijos de 25 a 72 meses. Los problemas que mencionan son los que inciden objetivamente en población infantil (Figuras 7.3. y 7.4.).

Los problemas respiratorios predominan en ambos grupos de edad, abarcando a más de la mitad de las apreciaciones de las informantes/madres con niños de 0 a 24 meses. En el caso de los niños pequeños, en segundo lugar –y en menor proporción–, aparecen las preocupaciones generales y los

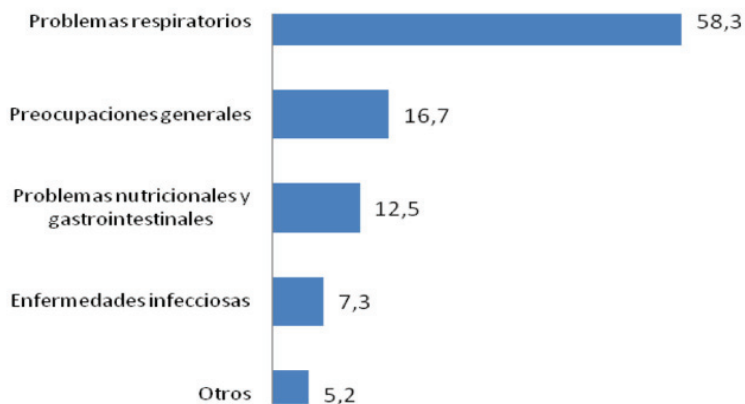
problemas gastrointestinales/nutricionales, adoptando las primeras un porcentaje levemente superior. Para los niños de mayor edad, se presentan en segundo lugar las enfermedades infecciosas y las preocupaciones generales, con porcentajes casi idénticos (Figuras 7.5. y 7.6.).

Figura 7.3. Existencia de preocupación con relación a la salud del niño. Niños de 0 a 24 meses



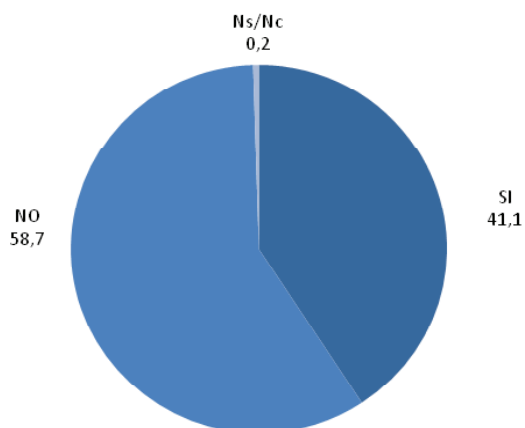
Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 292.

**Figura 7.4. Tipo de problema de salud que preocupa.
Niños de 0 a 24 meses**



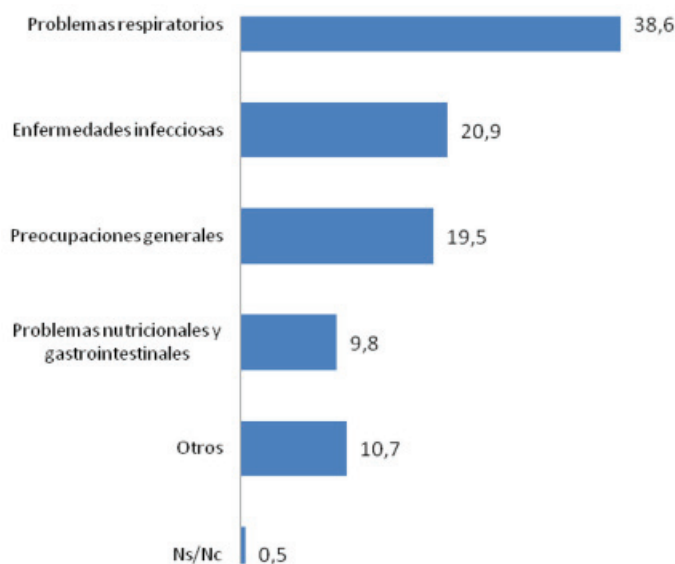
Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 292.

Figura 7.5. Existencia de preocupación con relación a la salud del niño. Niños de 25 a 72 meses



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 516.

**Figura 7.6. Tipo de problema de salud que preocupa
Niños de 25 a 72 meses**

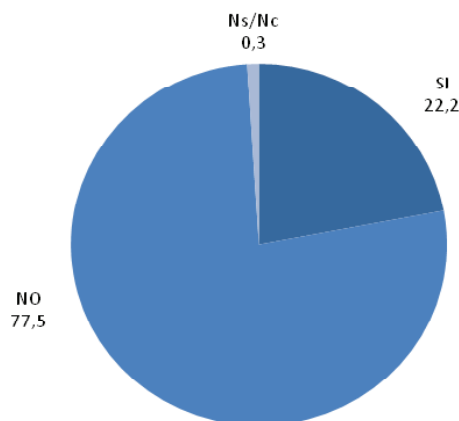


Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 215.

La alimentación no ocupa un lugar destacado dentro del conjunto de preocupaciones generales que hacen a la crianza, y tampoco asume valores mayoritarios cuando se consultó específicamente por ella.

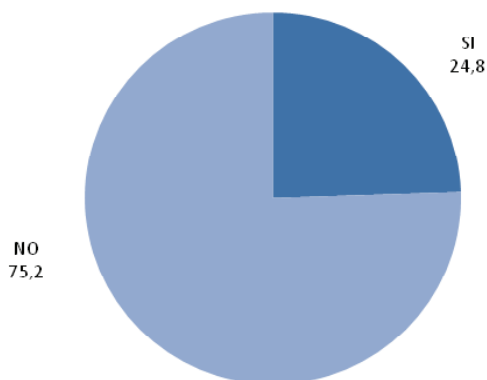
Los problemas alimentarios se presentan como preocupación en similares proporciones, siendo levemente superior en las mujeres que respondieron con relación a sus hijos de 25 a 72 meses (Figuras 7.7. y 7.8.). Los mismos se refieren a las dificultades en la disponibilidad y oferta de alimentos y también en la aceptación de alimentos por parte de los niños, a carencia de nutrientes, a la observación de retrasos en el crecimiento y a la falta de trabajo.

Figura 7.7. Existencia de preocupación con relación a la alimentación del niño. Niños de 0 a 24 meses



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 292.

Figura 7.8. Existencia de preocupación con relación a la alimentación del niño. Niños de 25 a 72 meses



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 516.

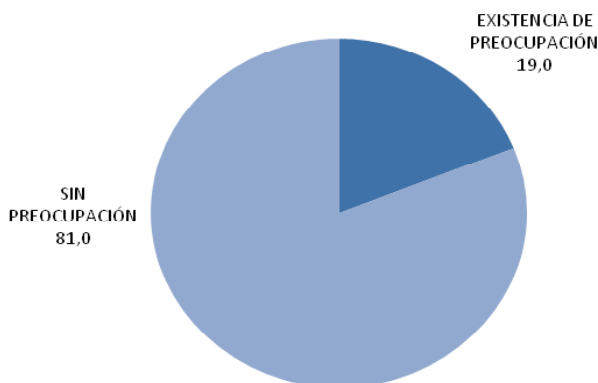
Los problemas en el desarrollo de los niños de 0 a 24 meses tampoco representan parte importante de las preocupaciones maternas, alcanzando en los mayores de dos años un valor del 19%, triplicando el porcentaje encontrado en los de menor edad (Figuras 7.9. y 7.10.).

Figura 7.9. Existencia de preocupación por problemas en el desarrollo del niño. Niños de 0 a 24 meses



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 292.

Figura 7.10. Existencia de preocupación por problemas del desarrollo del niño. Niños de 25 a 72 meses

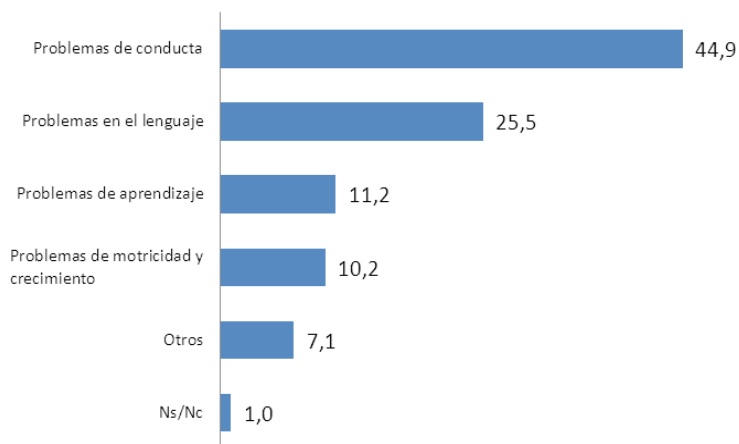


Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 516.

Asimismo, los problemas que mencionan difieren prevaleciendo los del desarrollo motor y de aprendizaje en los pequeños; y los de conducta y lenguaje en los mayores (Figura 7.11). Podemos decir que si bien hay una subestimación de la incidencia de las problemáticas incluidas en esta dimensión, los tipos de problemas que mencionan reflejan aquellos que son característicos de esas etapas.

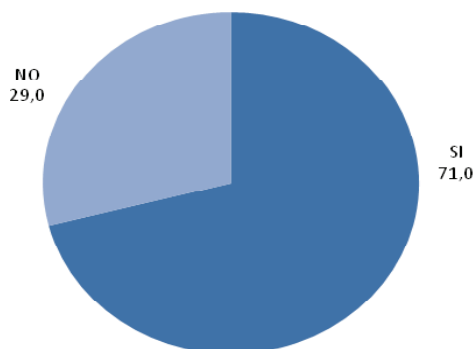
Las madres de los niños del grupo de mayor edad que manifestaron preocupación, realizaron consulta a profesionales, siendo el médico quien predominó como fuente de consulta. Fonoaudiólogos/os, maestras/os, psicólogas/os y psicopedagogas/os forman parte de los especialistas consultados pero en mucha menor proporción que los primeros (Figura 7.12).

**Figura 7.11. Tipo de problema de desarrollo.
Niños de 25 a 72 meses**



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Casos 98.

Figura 7.12. Realizó consulta por el problema en el desarrollo del niño. Niños de 25 a 72 meses

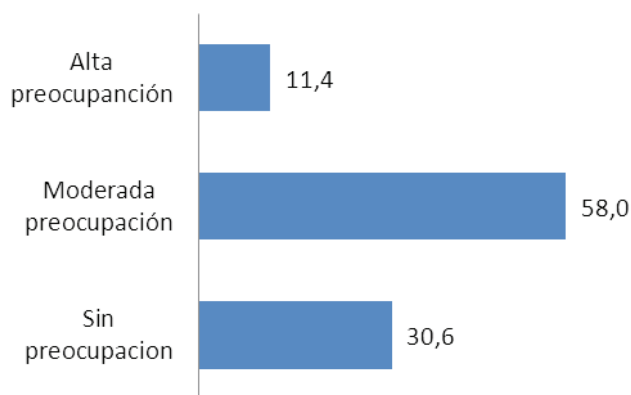


Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 516.

7.2. Índice integrado preocupaciones por problemas en la crianza (0 -24 meses)

El índice de preocupación por problemas en la crianza (que aglutina a las que refieren a la crianza en general, a la alimentación, el desarrollo y la salud) muestra, para el caso de las madres de niños de hasta dos años, 30,6% sin preocupación, un 58% con preocupación moderada y un 11,4% con alta preocupación (Figura 7.13).

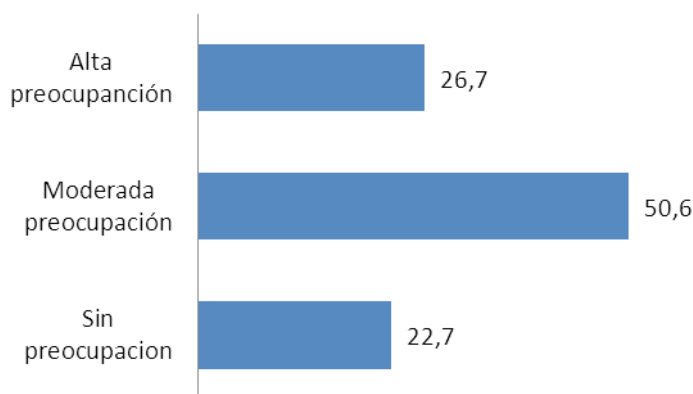
Figura 7.13. Índice Percepción de problemas de Alimentación, Desarrollo Psicosocial y Salud (0-24 meses)



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata,2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 292

En el caso de las madres con niños de 25 a 72 meses, disminuyen las que no tienen preocupación al 22,7%,aumentan las que tienen alta preocupación al 26,7% mientras que la mitad se incluye en las que se consideran con moderada preocupación (Figura 7.14).

Figura 7.14. Índice Percepción de problemas de Alimentación, Desarrollo Psicosocial y Salud (25-72 meses)



Fuente: Encuesta Crianza (La Plata, 2005) CEREN/CIC-PBA. Total de casos 516.

Este índice no se relaciona con el nivel educativo de la madre en ninguno de los dos grupos de edad. Sólo aparece una asociación estadísticamente significativa cuando se establece la relación con el ESR en el caso del grupo de mayor edad. Las del nivel medio alto manifiestan en mayor proporción, no tener preocupación. (Tabla 15).

7.3. Control de salud bucodental

La salud bucodental está directamente relacionada con la salud general. Si bien en la boca podemos encontrar diferentes enfermedades, sin lugar a duda la caries es la de mayor prevalencia en los niños. Como hemos planteado en otras oportunidades (CEREN, 2008), la caries dental es una enfermedad infecciosa provocada por bacterias bucales, las que ante la ingesta de azúcares, producen un ácido que

desmineraliza y destruye la estructura dentaria. La caries del biberón, presente en los niños pequeños, se produce cuando los dientes son expuestos por largos períodos de tiempo a líquidos azucarados (leche, jugos de frutas), propiciando la rápida destrucción de los tejidos dentarios. El efecto cariogénico de los alimentos azucarados está dado por el momento de la ingesta (los alimentos azucarados son más cariogénicos si se consumen entre comidas que durante ellas), la consistencia del alimento (los alimentos pegajosos son mucho más cariogénicos que los que no lo son), la frecuencia con que se ingiere el alimento (la misma cantidad diaria de azúcares repartida en varias porciones es más cariogénica que realizarla en una sola ingesta).

De aquí que las recomendaciones de los odontólogos sean: no adicionar azúcar a los líquidos ingeridos por el niño, evitar que se vayan a dormir con un biberón con líquidos azucarados, evitar la ingesta de gaseosas azucaradas y leches de soja (sobre todo entre comidas), limpiar los dientes y las encías del niño después de cada biberón con un cepillo adecuado o con una gasa, no sumergir el chupete del niño en azúcar, miel, dulces o líquidos endulzados, enseñar al niño a beber en vaso y tratar de evitar el uso de mamadera a partir de los 6 meses. También se recomienda controlar la succión del dedo porque puede producir alteraciones en el crecimiento de los maxilares y posiciones dentarias. Además del control con el odontólogo, a partir del año se recomienda limpiar los dientes y encías con una toallita o cepillo suave sin pasta, acostumbrar a los niños a consumir alimentos naturales

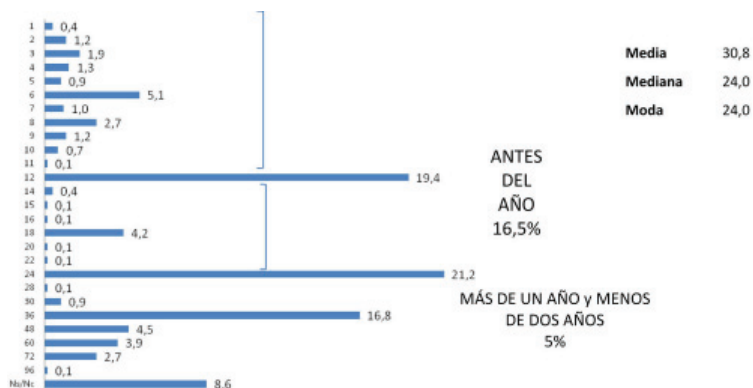
(frutas, vegetales, queso, etc.), seleccionar preferentemente alimentos que no contengan azúcares refinados. A partir de los tres años, se enfatiza el acompañamiento de los adultos para que los niños se cepillen los dientes por lo menos 2 veces al día, la enseñanza del enjuague bucal con buches de agua segura, evitar alimentos “pegajosos” (galletitas dulces y rellenas, caramelos blandos o gomosos, gomitas de gelatina) o que se cepillen inmediatamente después de consumirlos, tratar de elegir golosinas sin azúcar, entre otras.

La importancia de los dientes excede la función masticatoria y la emisión de sonidos. Participan en la expresión de los sentimientos y emociones, en el aspecto de la cara y son fundamentales para poder hablar correctamente.

Hay acuerdo en que el primer control odontológico debe realizarse alrededor de los 6 meses, momento de erupción del primer diente temporario o “dientes de leche”. A partir de ese momento, se recomienda realizar una consulta anual para control, siempre y cuando no surja algún problema específico. Entre los 2 y 3 años ya han aparecido todos los dientes temporarios. Si bien se caen por completo, son muy importantes, porque además de permitirle al niño masticar correctamente, les mantienen el lugar para que los dientes permanentes se ubiquen correctamente.

Con relación al control de salud bucodental, se observa que la mayoría no ha internalizado la normativa de realizar el primer control antes del año, situación que es conocida por el 16,5 % (Figura 7.15).

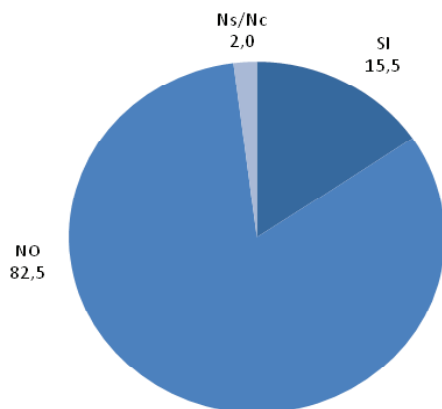
Figura 7.15. Creencia sobre la edad adecuada del primer control bucodental



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 694.

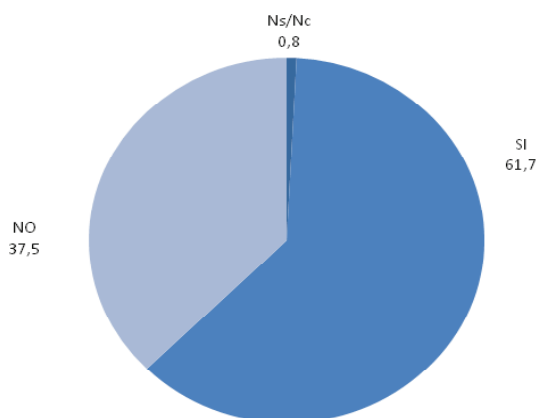
En correspondencia con este conocimiento o creencia, el 15,5% de los niños de 0 a 24 meses tuvo control bucodental. Este porcentaje es cuatro veces mayor en los niños con más de dos años (Figuras 7.16 y 7.17) y en los niños con madres de mayor edad, nivel educativo y estrato socioresidencial (Tabla 16). En los niños de 25 a 72 meses, el control constituyó el principal –y mayoritario– motivo de consulta (Figura 7.18).

**Figura 7.16. Realización de consulta odontológica
Niños de 0 a 24 meses**



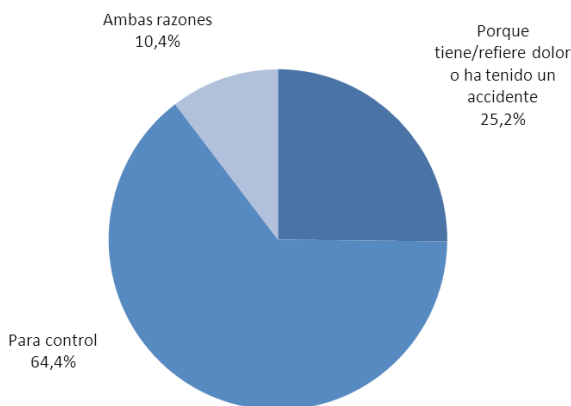
Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 292.

**Figura 7.17. Realización de consulta odontológica
Niños de 25 a 72 meses**



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 292.

Figura 7.18. ¿Por qué motivo lo llevó o lo lleva habitualmente?



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 292.

7.4. Accidentes

En la Argentina, las lesiones no intencionales –aquellas causadas por “accidentes”– se ubican como sexta causa de muerte en los menores de un año. (Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación, 2007). En los menores de 14 años, ocupan el primer lugar entre las causas de muertes, ocurriendo la mayoría de ellos en *el hogar, seguido por la calle*.

En este apartado describiremos la ocurrencia, cantidad y tipo de accidentes padecidos por los dos grupos de edad analizados en este estudio, así como el ámbito de ocurrencia y el requerimiento o no de asistencia médica por parte de los mismos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina accidente a la cadena de eventos y circunstancias que pro-

ducen una lesión no intencional³⁶ y se caracterizan, entre otras cuestiones, por sus consecuencias y la rapidez de su ocurrencia.

Los niños tienen una incidencia de accidentes y lesiones que los muestra como un grupo vulnerable. Los tipos de accidentes frecuentes en los niños se producen en el hogar (intoxicaciones, caídas, etc.), en lugares públicos de recreación (inmersión, traumatismos), o en situaciones de tránsito.

Todos los hogares tienen sus propios espacios, elementos y situaciones de riesgo. El medio físico y el contexto familiar presentan, en gran parte de la población, deficiencias en aspectos claves para la seguridad de los niños. Pero si las observamos atentamente, las pensamos y tomamos medidas, se podrían evitar la mayoría de los accidentes.

Hay características de los distintos grupos etáreos (menores de un año, uno a cinco y seis a catorce) vinculadas al riesgo de accidentes, tales como: las capacidades físicas; el desarrollo mental y la madurez; la disciplina, el control y la confianza en sí mismo; la experiencia; la exposición al riesgo.

La Sociedad Argentina de Pediatría (2001) advirtió que la cantidad de accidentes en niños no decae y la responsabilidad sobre esta problemática es de los adultos, dado que la mayoría de ellos son previsibles.

³⁶ Las lesiones intencionales, en cambio, resultan de relaciones interpersonales violentas o bien de violencia autoinflingida, en el caso de los suicidios (OMS, 2002).

Los niños tienen una incidencia de accidentes y lesiones que los muestra como un grupo vulnerable según sus niveles de maduración (desarrollo físico-motriz, mental, social). Podría decirse que la exposición al riesgo es en el niño un proceso normal, necesario para su desarrollo: la exploración del mundo que lo rodea y la manipulación de instrumentos, involucra un riesgo al mismo tiempo que un logro, con una línea delgada entre ambos. La libertad de explorar implica tropiezos y el medio de un niño pequeño debe permitir “tropiezos seguros”, logrando que ellos no ocasionen daños.

Son los adultos quienes deben distinguir el riesgo y tomar medidas para evitarlo; identificar los factores de distinta índole –humanos, ambientales– que influyen sobre el riesgo de ocurrencia de accidentes, tomar precauciones y/o cambiar actitudes y comportamientos.

La desagregación de las estadísticas de accidentes en los niños refleja –además de la morbilidad debida a ellos–, que los niños pobres constituyen un grupo particularmente vulnerable³⁷.

Cabe agregar que frente a los accidentes y a los problemas de seguridad en el hogar, los servicios de salud desempeñan una función limitada –sino nula– en la prevención primaria.

Coincidimos con distintos autores en que el término accidente no es el más apropiado ya que con él generalmente

³⁷ Glizer (1993) en una afirmación realizada hace veinte años, señala que ocurrirían entre 200 y 1200 lesiones por cada muerte en niños, otros plantean que por cada lesión mortal en niños habría 45 que requieren hospitalización, 1300 que necesitan cuidado ambulatorio en un servicio de emergencia y 2600 casos leves. Por lesiones se pierden más años potenciales de vida que por cualquier otra causa.

se designa lo que no puede anticiparse. Es necesario insistir en que los accidentes no son azarosos: hay factores que los predisponen, condicionan y precipitan, otros capaces de agravar sus resultados (vinculados con la atención adecuada y oportuna), los cuales también pueden actuar en la etapa posterior de rehabilitación/recuperación.

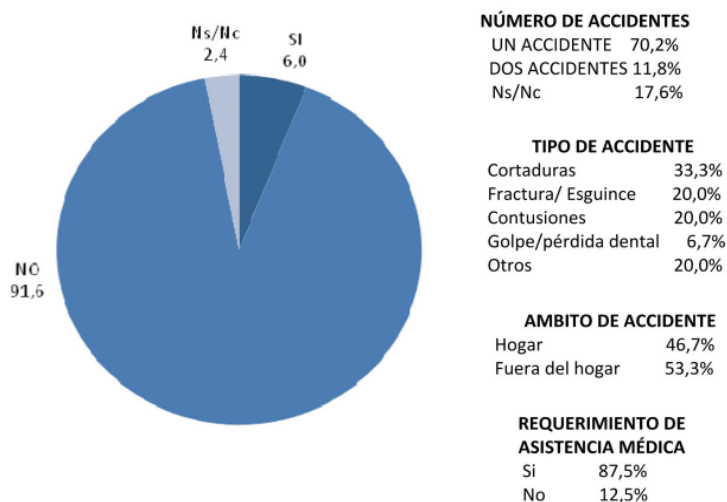
Las razones arriba señaladas motivan que el estudio de los accidentes en población infantil, se incluya dentro de las prácticas de atención a la salud. Ellos ponen de manifiesto la importancia fundamental de las condiciones de riesgo/protección/seguridad de los niños en su hogar.

Hay que tener en cuenta que los resultados que se comentan a continuación (sin interpretarlos en el sentido de subestimación o sobre-estimación de esta problemática por parte de las informantes) responden a la subjetividad en la apreciación de lo que cada una de ellas significó como “accidente”.

Al indagar sobre su ocurrencia, el 6% de las informantes/madres de niños de 0 a 2 años reconoció que ellos sufrieron accidentes alguna vez, la mayoría (70,2%), sólo un accidente (Figura 7.19).

En cuanto al tipo de accidente, un tercio manifestó que se trataba de ‘cortaduras’. Las ‘quebraduras/fracturas/esguinces’; ‘caídas sin cortes’ (contusiones) y ‘otros accidentes’, se presentaron con un 20% cada una. Por último, los ‘golpes y/o pérdida dental’ alcanzaron un 6,7%.

Figura 7.19. Ocurrencia de accidentes
Niños de 0 a 24 meses



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 292.

Respecto al lugar de ocurrencia, vale remarcar que en este grupo y contrariamente a lo que suele encontrarse en la bibliografía, fueron los accidentes sucedidos *fuera del hogar* los que se presentaron con mayor frecuencia, superando levemente la mitad de los casos (53,3%). Los acontecidos *en el hogar*, en cambio, se presentaron en un 46,7%.

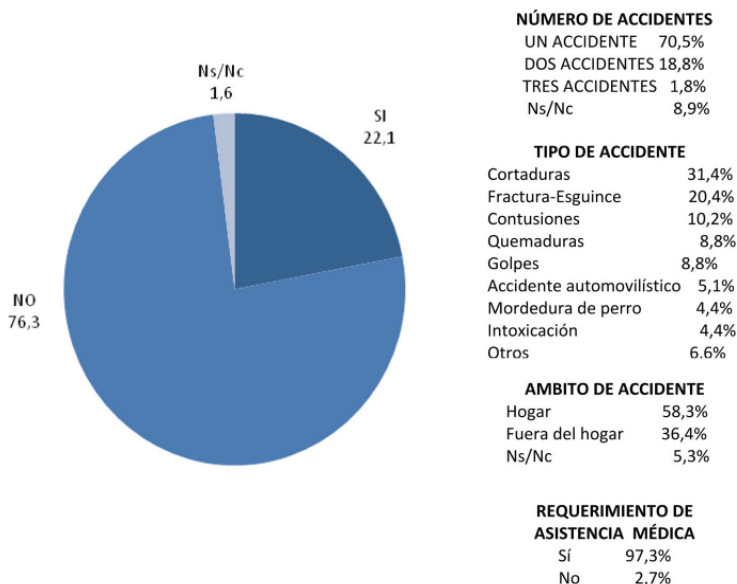
El 87% de los accidentes requirió asistencia médica, no así el 12,5% restante.

En lo que respecta al grupo de niños entre 25 y 72 meses de edad, el 22,1% de las informantes/madres refirieron algún accidente en su hijo, porcentaje casi cuatro veces mayor que en el grupo de 0 a 24 meses (Figura 7.20).

Sobre el número de accidentes padecidos, la mayoría manifestó haber tenido sólo uno (15.7% del total) y el resto dos o tres (6.6% del total).

Con relación al tipo de accidente, las heridas o ‘cortaduras’ aparecieron en primer lugar –al igual que en el otro grupo de edad–, alcanzando un tercio del total. Las ‘quebraduras/fracturas/esguinces’ se presentaron en un 20,4%; las contusiones en un 10,2% y los ‘golpes’ y las ‘quemaduras’ en un 8,8% cada uno.

**Figura 7.20. Ocurrencia de accidentes
Niños de 25 a 72 meses**



Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 516.

Respecto al lugar de ocurrencia, aquí sí (a diferencia con el grupo de menor edad) la mayor parte –cerca del 60%– sucedió *en el hogar*.

La mayoría de los accidentes requirieron asistencia médica (97,3%); sólo un 2,7% consideró que no era necesaria.

Al igual que en el grupo de niños pequeños, la mayoría no tuvo accidentes. Sin embargo, encontramos en este grupo una mayor dispersión de los tipos de accidente.

7.5. Síntesis de resultados

- √ Más de la mitad de las informantes estaba preocupada por algún aspecto de la crianza, en ella predominan las preocupaciones por problemas de salud (37%).
- √ En todos los aspectos específicos indagados: salud, alimentación, desarrollo, son las madres de los niños de mayor edad las que manifiestan preocupaciones por la salud de sus hijos en mayor proporción: 32% en las que refieren a sus hijos de 0-24 meses y 41% en las de 25 a 72 meses, siendo los problemas respiratorios los que abarcan el mayor porcentaje, especialmente en el caso de las madres de niños de 0 a 24 meses (50%).
- √ En segundo lugar, la alimentación preocupa al 22% y 25% de las madres de niños de 0 a 24 y de 25 a 72 meses respectivamente y finalmente el desarrollo preocupa al 6% y 19% de las mismas.
- √ En el primer caso mencionan problemas vinculados a la motricidad, maduración y crecimiento y en el segundo

problemas de conducta y retrasos o dificultades en el lenguaje. La mayoría consultó a especialistas, destacándose entre ellos la consulta a pediatras.

- √ El índice preocupaciones por la crianza arroja que el 30% de las madres de los niños de 0-24 meses no tiene preocupación alguna y el 11% tiene mucha preocupación, situación que se da en el 22% y 27% de las madres de niños de 25 a 72 meses. El 58% de las madres del primer grupo y el 50% de las del segundo grupo se caracterizan por tener moderada preocupación. Son las del ESR medio-alto las que manifiestan en mayor medida no tener preocupación mientras que el nivel educativo no arroja diferencias en este sentido.
- √ Con relación a la salud bucodental, sólo el 16% tiene conocimiento adecuado sobre la edad del primer control. En correspondencia, se encuentra casi ese mismo porcentaje entre quienes llevaron a sus hijos menores de 25 meses a control de salud bucodental, elevándose al 62% en el caso de los niños de mayor edad.
- √ Los accidentes reconocidos por las madres mostraron una incidencia del 6% en los niños de 0 a 24 meses y del 22% en los mayores. La mayoría requirió asistencia médica (sobre todo en los de mayor edad) y ocurrieron dentro del hogar en casi la mitad del primer grupo y en más de la mitad del segundo. Si bien en ambos grupos predominan las heridas, contusiones, fracturas/esguinces, en el grupo de más edad aparecen las intoxicaciones, quemaduras, mordeduras de perros y accidentes

automovilísticos, totalizando casi una cuarta parte de los accidentes.

7.6.Anexo Apartado 7

Tabla 15

							MAXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO POR			ESTRATOS SOCIOECONOMICOS		
		14 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 y más	Sin Instrucción Primaria	Primaria Completa Secundaria	Secundaria Completa o	Bajo Medio	Medio Medio	
Índice Percepción de problemas de Alimentación, Desarrollo Psicosocial y Salud (0-24 meses)	Sin Preocupación	13.9%	40.0%	37.9%	24.2%	27.9%	27.8%	29.0%	37.0%	27.4%	40.0%	39.6%
	Modesta Preocupación	66.7%	45.0%	56.3%	62.1%	63.2%	56.3%	58.7%	55.4%	60.8%	50.0%	56.0%
	Alta Preocupación	19.4%	15.0%	5.7%	13.6%	8.8%	13.9%	12.3%	7.6%	11.8%	10.0%	11.4%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Índice Percepción de problemas de Alimentación, Desarrollo Psicosocial y Salud (25-72 meses)	Sin Preocupación	13.2%	30.6%	24.1%	19.7%	36.7%	21.8%	22.8%	24.6%	20.1%	28.7%	22.7%
	Modesta Preocupación	31.6%	46.4%	50.8%	57.4%	52.2%	45.9%	53.1%	49.2%	50.0%	51.9%	50.6%
	Alta Preocupación	55.3%	33.0%	25.3%	23.0%	21.1%	32.7%	24.0%	25.9%	29.9%	19.3%	26.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 516.

Tabla 16

							MAXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO			ESTRATOS SOCIOECONOMICOS		
		14 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 y más	Sin Instrucción Primaria	Primaria Completa Secundaria	Secundaria Completa o	Bajo Medio	Medio Medio	
Índice de Patrones de Salud Bucodental (25-72 meses)	Inadecuado	62.5%	48.2%	37.6%	36.8%	31.1%	46.0%	43.1%	29.1%	40.9%	31.2%	37.9%
	Regular	6.3%	17.6%	14.2%	15.1%	16.8%	16.0%	17.0%	11.9%	16.2%	14.0%	15.5%
	Adecuado	31.3%	34.1%	48.2%	48.1%	52.2%	38.0%	39.9%	58.9%	42.9%	54.8%	46.6%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 516.

Tabla 17

							MAXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO			ESTRATOS SOCIOECONOMICOS		
		14 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 y más	Sin Instrucción Primaria	Primaria Completa Secundaria	Secundaria Completa o	Bajo Medio	Medio Medio	
Índice Patrones de accidentes (0-24 meses)	Inadecuado	0%	2.0%	3.8%	1.7%	0%	0%	3.4%	1.2%	1.9%	1.4%	1.8%
	Regular	3.1%	5.9%	5.1%	5.0%	1.8%	0%	6.9%	1.2%	5.3%	1.4%	4.3%
	Adecuado	96.9%	92.2%	91.1%	93.3%	98.2%	100.0%	89.7%	97.6%	92.8%	97.1%	93.9%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Índice Patrones de accidentes (25-72 meses)	Inadecuado	18.8%	8.4%	8.6%	2.9%	5.0%	6.3%	6.5%	4.0%	7.8%	3.9%	6.6%
	Regular	18.8%	14.5%	10.8%	21.2%	16.9%	14.6%	12.0%	19.3%	14.4%	18.8%	15.7%
	Adecuado	62.5%	77.1%	80.6%	76.0%	78.1%	79.2%	81.5%	76.7%	77.9%	77.3%	77.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Encuesta sobre Crianza. CEREN/CIC. Total de casos 516.

8. CONCLUSIONES FINALES

LOS DATOS OBTENIDOS en torno a los patrones de crianza de los hogares relevados y sintetizados en los índices de creencias y prácticas, ponen en evidencia la necesidad e importancia de intervenir sobre los saberes en torno a la crianza de manera de potenciar el desarrollo de los niños.

Ahora bien, los conocimientos, creencias y prácticas muestran variaciones e intervenciones particulares en función de factores como la edad, el nivel educativo y el estrato socioresidencial de la madre.

Así, y como punto de partida es importante marcar que, los perfiles socio demográficos de la muestra estudiada, abonaron a las observaciones realizadas por el Observatorio de la Maternidad sobre la existencia de una mayor vulnerabilidad social en los hogares con niños menores y mayor número de hijos en hogares con madres con menor nivel educativo (Lupica, 2011). En efecto, y también en coincidencia con otros estudios antes mencionados, el nivel educativo y el estrato socioresidencial se correlacionaron significativa-

mente respecto a la cantidad de embarazos mostrando un mayor número relativo de embarazos en aquellas mujeres con muy bajo nivel de instrucción. Incluso, el inicio de los embarazos a una edad temprana en esa población refuerza estas tendencias. En efecto, la población analizada mostró que casi la mitad (45%) de las madres tuvo su primer embarazo con anterioridad a los 20 años y el promedio de embarazos fue de 2,76, un número elevado si se considera que estaban alejadas de finalizar la etapa fértil.

Los primeros años de vida son un periodo sensible para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo psico-social del niño. En ello, la alimentación adecuada resulta clave para el logro de un desarrollo pleno del niño. Sin embargo, en el análisis de los datos se observó que los patrones de crianza asociados con la alimentación del niño se hallaban muy distantes de los esperados

Asociadas a una inadecuación general muestran datos más alentadores pero alejados las expectativas. Dos indicadores claves de la alimentación en los niños pequeños y uno de los más grandes permiten observar esto de manera clara. Por caso, la práctica de lactancia materna ajustada a normativa (referida a los niños de hasta 2 años) arrojó cifras bastante desalentadoras. Aún flexibilizando los criterios y valorando la meta de LM exclusiva al cuarto mes y un período de LM total entre los 12 y 24 meses, la adecuación sólo se registró en la mitad de los hogares. Vale decir que, los resultados obtenidos mostraron similar comportamiento a lo observado en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS, 2010):

la extensión de lactancia materna total es mayor en aquellos hogares que pertenecen a los estratos socioresidenciales (ERS) bajos, en madres con un bajo nivel educativo (secundario incompleto o menos) y en las mujeres jóvenes.

Asimismo, la incorporación de la alimentación complementaria oportuna (a partir de los 6 meses) se registró sólo en 3 de cada 10 casos. En cambio fue precoz (antes de los 3 meses) de manera más destacada en el ESR muy bajo y, precoz (entre los 3 y 5 meses), en el ESR medio. Incluso, ya fueran dadas en el tiempo oportuno o no, las primeras papillas mostraron ser adecuadas en cuanto a los alimentos principales de composición pero inadecuadas en los ingredientes para su preparación, entre los que se destacaron la sal y el caldo.

Con respecto a los niños más grandes (de entre 24 y 72 meses), al tomar de referencia el desayuno por su importancia como aporte de energía y nutrientes y su relación con el rendimiento escolar, los resultados obtenidos mostraron que este era un hábito bastante generalizado (92,6%) pero sólo con una composición adecuada en el 36,5% de los casos.

Así, tanto las creencias como las prácticas asociadas a la alimentación de los niños pequeños y grandes mostraron datos de alerta que aún reclaman un ámbito de acción e intervención clave. En ello es obvio el imperativo de avanzar en la difusión de las referencias básicas en torno a la alimentación de manera tal de empoderar a los dadores de cuidados sobre los requerimientos para el desarrollo vital del niño y las mejores prácticas de alimentación asociadas a ello.

Promoción del desarrollo

Los patrones de crianza asociados a la dimensión del desarrollo psicosocial mostraron diferenciales según la edad del niño. En efecto, se observó una mayor adecuación relativa de las creencias y prácticas de promoción del desarrollo sobre los niños pequeños (de 12 a 24 meses) que sobre los más grandes (25 a 72 meses): mientras que los resultados de los índices de desarrollo infantil mostraron una adecuación en casi 4 de cada 10 casos en los niños de 12 a 24 meses, fue de sólo 2 de cada 10 casos en los de 25 a 72 meses.

Estos resultados marcan una baja adecuación general y la necesidad de mejoras en gran parte de las prácticas de promoción de desarrollo infantil tanto en los niños pequeños pero sobre todo en los grandes. En efecto, los resultados fueron menos alentadores en el caso del grupo de niños de 25 a 72 meses quienes tuvieron una inadecuación del 37,6%. Esto implica la necesidad de difundir y/o reforzar la idea de que el proceso de promoción del desarrollo infantil debe ser continuo; y que, los hábitos básicos de estimulación al desarrollo (como cantar canciones, jugar con los niños, mostrar libros/dispositivos con imágenes, leer y narrar cuentos), son aspectos centrales y que requieren una presencia sostenida en este periodo vital del desarrollo psicosocial del niño.

Estos patrones de promoción se relevaron en hogares cuya disponibilidad de recursos para el estímulo al desarrollo infantil se mostraban relativamente extendidos. En efecto, se observó inadecuación en la existencia de recursos en sólo 1 de cada 10 hogares. Así, mientras que la adecuación

de disponibilidad de recursos para la promoción del desarrollo infantil se presentó en la mayoría de los hogares, no sucedió lo mismo con las prácticas de promoción que se implementaron que, como se comentó antes, fueron más adecuadas en el caso de los niños de 12 a 24 meses que en los niños de 25 a 72 meses.

En esto, la pertenencia a estrato socioresidencial, el nivel educativo y la edad de las madres se relacionó de manera positiva y significativa con los índices de promoción y recursos para el desarrollo. En efecto, a mayor estrato socioresidencial, nivel educativo y edad de la madre se encontraron mejor disponibilidad de recursos y mejor desempeño en las prácticas de promoción del desarrollo infantil. Sin embargo, en esto cabe reiterar también que, los patrones de desarrollo infantil reflejan un desempeño menos adecuado en aquellos hogares en donde existe más de un niño de hasta 6 años de edad. En efecto, a medida que aumenta el número de niños menores de 6 años (en hogares extendidos, por ejemplo) se observa claramente un descenso de prácticas adecuadas de promoción del desarrollo, sobre todo en los niños más grandes.

Los tipos de recursos disponibles para la promoción del desarrollo psicosocial del niño son un aspecto de relevancia en la crianza. Dentro de los recursos *intrahogareños*, los lúdicos, se mostraron extendidos y en mayor cantidad a mayor estrato socioresidencial. Asimismo, los recursos asociados al contexto alfabetizador, como la disponibilidad de libros, fue significativamente mayor en aquellos hogares con madres

de mayor nivel educativo, edad y estrato socioresidencial más elevado.

Por otra parte, uno de los recursos *extrahogareños* de socialización y aprendizaje tempranos, como es la guardería, no constituyó para la mayoría de las madres encuestadas (60%), una alternativa que percibieran conveniente. Los argumentos proporcionados giraban en torno a que “no hay como la mamá”, “es preferible la familia” o bien “desconfío de las guarderías”. Sin embargo, a mayor edad, nivel educativo y estrato socioresidencial se registró una creencia más fuerte sobre la conveniencia de que los niños asistieran a guardería. En estos casos, las razones se vincularon principalmente con cuestiones laborales de los cuidadores y secundariamente con atributos asociados a la promoción del desarrollo infantil.

Es interesante destacar que quienes no enviaban al jardín a su hijo fueron mayoritariamente las madres menores de 20 años, las que presentaron menor nivel de instrucción y las que correspondieron a ESR bajo/medio bajo. A su vez, y en sentido inverso, las madres de mayor edad y nivel educativo fueron las que informan sobre la realización de actividades extraescolares de sus hijos.

En síntesis, estos resultados pusieron de relieve la importancia del conocimiento como un recurso ineludible para potenciar el desarrollo de los niños en la medida que las creencias y saberes operan sobre las prácticas que se efectivizan. En tal sentido consideramos que la extensión de los saberes expertos debe ser un recurso a disposición

de todos, en particular de los padres. Su importancia se refuerza si tenemos en cuenta que la preocupación por problemas en el desarrollo de los hijos tiene poca presencia en los hogares relevados. Más de la mitad de las informantes estaba preocupada por algún aspecto de la crianza, pero en ella predominaron las preocupaciones por problemas de salud (en poco más de un tercio), luego por problemas de alimentación (en una cuarta parte) y en último lugar problemas en el desarrollo, el que preocupaba al 6% de las informantes que referían a sus hijos de 0-24 meses y al 19% de las que informaron sobre sus hijos de 25 a 72 meses. Estas cifras contrastaron con datos provistos por distintos estudios que alertaron sobre los retrasos en el desarrollo infantil presentes en población urbana, especialmente de niveles socioeconómicos bajos y medio-bajos.

El índice preocupaciones por la crianza arrojó que, en torno a la mitad de los hogares y sin distinciones, manifestó moderada preocupación. Tres de cada diez madres de niños de 0 a 24 meses y dos de cada diez madres de niños de 25 a 72 meses, no plantearon preocupación alguna, mientras que una de cada diez correspondientes al primer grupo de edad y casi un tercio correspondientes al segundo, mostraron mucha preocupación.

Con relación a la salud bucodental, fue baja la proporción de quienes conocían y llevaban a la práctica la normativa de control por lo que se impone la necesidad de intervenir con acciones sostenidas de sensibilización sobre su importancia especialmente dirigidas a las madres más jóvenes y a aquellas

que presentan bajo nivel educativo, acompañadas por servicios que den respuesta a la potencial demanda.

Los accidentes reconocidos por las madres mostraron una incidencia del 6% en los niños de 0 a 24 meses y del 22% en los mayores. La mayoría requirió asistencia médica (sobre todo en estos últimos) y ocurrieron dentro del hogar en casi la mitad del primer grupo y en más de la mitad del segundo. En la medida en que no contamos con datos epidemiológicos comparables, no nos resulta posible realizar valoraciones. No obstante, estos datos revisten interés como línea de base.

En orden de importancia y en concordancia con resultados de múltiples estudios sobre los temas que abordamos en este trabajo: el nivel educativo, el estrato socioresidencial (asociado al anterior) y la edad de las mujeres (y asociados a ellos el número de hijos) influyeron en los patrones de crianza y en el grado de adecuación a normativa de los mismos. Considerando la persistencia de la pobreza, la fuerza del modelo patriarcal que naturaliza la división del trabajo entre los géneros, el aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo, el incremento de hogares monoparentales a cargo de mujeres, las dobles o triples jornadas de trabajo que ellas realizan por la imposibilidad de delegar las tareas reproductivas y domésticas, las exigencias crecientes de calificación para acceder a iguales oportunidades de integración social, los efectos adversos que sobre ello tienen los déficits experimentados en los primeros años de vida pero, y sobrepuesto a todo esto, porque se trata de derechos,

varios son los desafíos a los que nos enfrentan estos datos. Cabrá su seguimiento a la par que demandas al Estado y sus instituciones, a las organizaciones de la sociedad civil y a los hogares –no sólo a las mujeres– que intervengan sobre este tema para acompañar y fortalecer la crianza y el desarrollo pleno de los niños.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Abeyá Gilardon, E. (2009). *Impacto del crecimiento y desarrollo temprano sobre la salud y bienestar de la población*. Instituto Danone del Cono Sur, Buenos Aires.
- Adasko, A. (2005). “Perspectivas socioantropológicas para la adolescencia, la juventud y el embarazo”. En: Gogna, M. (coord) *Embarazo y maternidad en la adolescencia*. CEDES, Buenos Aires.
- Allen, L.; Gillespie, S. (2001). “What works? A review of the efficacy and effectiveness of nutrition interventions”. *Nutrition Policy Paper No. 19*. ACC/SCN: Geneva in collaboration with the Asian Development Bank, Manila.
- Álvarez, M. (1996). *Familia y pobreza. Un estudio generacional*. Ed. Universidad de Santo Tomás, Santiago de Chile
- Álvarez Chuart, J. (2011). “Primera infancia: un concepto de la Modernidad”. *El Observador* N° 7.
- Angeleri, M. y col. (2007). “Hábito de consumo del desayuno y calidad nutricional del mismo en niños y adolescentes

de la zona norte del Gran Buenos Aires”. *Diaeta*, Vol. 25, N° 119: 7 – 13.

- Observatorio de la Deuda Social Argentina (2010). *Barómetro de la Deuda Social Argentina (BDSA). La deuda social argentina frente al bicentenario*. Número 6. Universidad Católica Argentina, Buenos Aires.

- Becker, G. (1964). *Human Capital*. The University of Chicago Press, Chicago.

- Binstock, G. y Pantelides, E. (2005) “La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico socioedemográfico”. En: Gogna, M. (coord) *Embarazo y maternidad en la adolescencia*. CEDES, Buenos Aires.

- Bock, P. (1987). *Introducción a la moderna antropología cultural*. FCE, México.

- Boltanski, L. (1974). *Puericultura y moral de clase*. Laia, Barcelona

- Borzone, A.M., Rosemberg, C. R., Diuk, B; Silvestre, A., & Plana, C. (2004). *Niños y maestros por el camino de la alfabetización*. Editorial Tres Almenas, Buenos Aires.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press, Cambridge, MA.

- Bruner, J. (1983). *El habla del niño*. Paidós, Barcelona.

- Bruner, J. (1991). *Le Développement de l'enfant. Savoir Faire, savoir dire*. PUF, París.

- Burgess S. R., Hecht S.A. y Lonigan C. J. (2002). “Relations of the home literacy environment (HLE) to the development

of reading-related abilities: a one-year longitudinal study”. *Reading Research Quarterly*, Vol. 37, N° 4: 408-426.

- Calvo, E. et al. (2009). *Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría*. Ministerio de Salud de la Nación/OPS/OMS, Buenos Aires

- CELS-CEDES (2005). *La salud y los derechos sexuales y reproductivos avances y retrocesos. Informe final*. CEDES, Buenos Aires.

- CEREN (2008) “Prevención en salud bucodental”. *Cuadernillos de capacitación para la familia. Proyecto Abrir Puertas*. CEREN, Buenos Aires.

- Checa, S. (2005). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Paidós, Buenos Aires.

- CIC/UNICEF/IDRC (1988). *Proyecto colaborativo sobre estrategias de alimentación, crianza y desarrollo infantil*. UNICEF, Buenos Aires, Argentina

- Climent, G. y Arias, D. (2000). “Representaciones sociales y comportamientos reproductivos de las mujeres de sectores populares” En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 70.

- Cohen R.J., et al. (1994). *Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomized intervention study in Honduras*. *Lancet*; 344:288-93.

- Colángelo, A. (2012). “La crianza en disputa: medicalización del cuidado infantil en la Argentina entre 1890 y 1930”. Tesis doctoral, diciembre de 2012, Facultad de Ciencias Naturales y Museo Universidad Nacional de La Plata.

- Dewey K., et al. (1999). "Age of introduction of complementary food and growth of term, low birth weight breastfed infants: a randomized intervention study in Honduras". *Am J Clin Nutr* ; 69: 679-86.
- Dewey, K.; Brown K.H. (2003). "Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs". *Food Nutr Bull.* Jun; 24(2):239.
- Engle, P. y Huffman, S. (1996). *Care for life*. UNICEF, New York.
- Engle, P. y Lhotska L. (1999). "The role of care in programmatic actions for nutrition: Designing programmes involving care". *Food Nutr Bull*; 20(1): 121-135.
- Engle, P.; Lhotska, L.; Armstrong, H. (1997). "The Care Initiative: Care for Nutrition. Guidelines for Assessment, Analyses and Action to improve care for nutrition". *Nutrition Section*; 72 p. UNICEF, New York.
- Engle, P. y Ricciuti H. (1995) "Psychosocial aspects of care and nutrition". *Food Nutr Bull*; 16:356-377.
- Engle, P.; Menon, P.; Haddad, L. (1997). "Care and Nutrition: Concepts and Measurement". *Occasional Paper, International Food Policy Research Institute*, Washington DC.
- Evans J.; Myers, R.; Ilfeld E. (2000). *Early childhood counts: A programming guide on early childhood care for development*. The World Bank Publications, Washington DC.
- Faur, E. y Gherardi, N. (2005). "Sexualidades y reproducción: la perspectivas de los derechos humanos" En: *Informe sobre*

género y derechos humanos. *Equipo Latinoamericano de Justicia y género*. Editorial Biblos, Buenos Aires.

- Foucault, M. (1989). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, Siglo XXI, Buenos Aires.

- Gibson R.S., Ferguson E.L., Lehrfeld J. (1998). "Complementary foods for infant feeding in developing countries: their nutrient adequacy and improvement". *Europ J Clin Nutr* ; 52:764-70.

- Glizer, I. M. (1993). "Prevención de accidentes y lesiones". *Serie Paltex N° 29, OPS*.

- Gogna, M. (comp.) (2003). *Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile*. CEDES/BID, Buenos Aires.

- Gogna, M. (2005). *Estado del arte: investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina: 1990-2002*. CEDES, Buenos Aires.

- Gogna, M. et al. (2005). *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. CEDES, Buenos Aires.

- Graves, M. I.; Juel, C.e; Graves, B. (2001). *Teaching Reading in the 21st Century*. Allyn and Bacon, Boston.

- INDEC (2001). *Censo Nacional de Población y Vivienda*. INDEC, Buenos Aires.

- INDEC (2003). *Anuario Estadístico de la República Argentina 2002-2003*. INDEC, Buenos Aires.

- INDEC (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Resultados definitivos. Serie B N° 2. Tomo 1*. INDEC, Buenos Aires.

- INFOBAE (2008). “Cada vez hay más casos de embarazo adolescente”, Artículo de Bárbara Roesler, 11 de abril de 2008. Disponible en: www.infobae.com
- Karlen G. y col. (2011). “Consumo de desayuno en estudiantes universitarios: hábito, calidad nutricional y su relación con el índice de masa corporal”. *Diaeta* 29 (137):23-30, Buenos Aires.
- Kleinman R. y col. (2002) “La dieta, el desayuno y el rendimiento académico de los niños”. *Ann Nutr Metab*; 46 Suppl 1:24-30.
- Kotliarenco, M.A. (1995) “La pobreza desde la mirada de la Resiliencia. CEANIM como una experiencia de acción poblacional”. En: *El Aporte de la Educación Parvularia para la Superación de la Pobreza*; Junta Nacional de Jardines Infantiles - Comisión Nacional de Educación Parvularia, Santiago de Chile.
- Landry, S. y Smith, K. (2006) “The influence of parenting on emergent literacy skills”. En *Handbook of early literacy research*, vol 2. Dickinson D. K y Neuman S.B. (Eds), The Guilford Press, New York
- Larguía, M.; Lomuto, C.; González, M.A. (2006) *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*, Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia. Ed. FUN, Buenos Aires.
- Lautrey, J. (1985) *Clase social, medio familiar e inteligencia*. Visor, España.
- Lupica, C. (2011) “Desigualdades y pobreza en la Argentina: La importancia del empleo de las mujeres-madres para su

superación”. *Newsletter del Observatorio N° 47*; Observatorio de la Maternidad, Buenos Aires.

- Lupica, C. y Cogliandro, G. (2007a) *Cuadernillo Estadístico de la Maternidad N° 1*. Observatorio de la Maternidad, Buenos Aires.

- Lupica, C. y Cogliandro, G. (2007b): “Las brechas sociales de la maternidad en la Argentina, Buenos Aires”. En *Anuario de la maternidad*. Observatorio de la Maternidad, Buenos Aires.

- Marcús, J. (2006) “Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad”. En: *Revista Argentina de Sociología vol. 4 N° 7*.

- Mariscal, S.; López-Ornat S.; Gallego C.; Gallo P., Karousou A. y Martínez M. (2007) “La evaluación del desarrollo comunicativo y lingüístico mediante la versión española de los inventarios”. En *Psicothema Vol. 19, n° 2*, pp. 190-197.

- Menéndez, Ed. (1992) “Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo” *Cuadernos Médico-Sociales* 57: 3-18, Rosario.

- Ministerio de Educación de la Nación (2012). *Anuario Estadístico 2012*. DINIECE | Ministerio de educación, Buenos Aires.

- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación/UNICEF (2001). *Repercusiones de la anemia en distintas etapas de la mujer*. MSyA, Buenos Aires

- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2002). *Guía para el uso de métodos anticonceptivos*. MSyA, Buenos Aires

- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2006). “Consideraciones para los equipos de salud” *Guías alimentarias*

para la población infantil, Argentina. http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/ucmisalud/publicaciones/pdf/pdf_equipo_baja.pdf).

- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2007). *ENNyS Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de resultados*. MSyA, Buenos Aires.

- Ministerio de Salud y Ambiente de la Presidencia de la Nación (2007). “Lesiones por causas externas”. *Boletín Epidemiológico* N° 37. MSyA, Buenos Aires.

- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2008). “Anemia: La desnutrición oculta”. *Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud –ENNyS 2008*. MSyA, Buenos Aires.

- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2010). “La alimentación de los niños menores de 2 años”. *Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud – ENNyS 2010*. MSyA, Buenos Aires.

- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos; Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2010). “Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años Republica Argentina año 2008”. *Boletín n° 128*. MSyA, Buenos Aires.

- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2001). “Guía de procedimientos para el control del embarazo normal y la atención del parto de bajo riesgo”. *Programa Materno Infantil*, Bs.As.

- Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2012*. Serie 5, Número 56. DEIS - Ministerio de Salud de La Nación, CABA.
- Myers, R. (1993). “Los doce que sobreviven”. *Publ.Cient.* N° 545. Ed. OPS-UNICEF-TACRO, Washington DC.
- Myers, R. (2000). “Atención y desarrollo de la primera infancia en Latinoamérica y el Caribe: Una revisión de los diez últimos años y una mirada hacia el futuro”. *Revista Iberoamericana de Educación* N° 22.
- Observatorio de la Maternidad (2010). “Lactancia materna en el Bicentenario: Oportunidades para mejorar su práctica”, *Newsletter del observatorio* N° 33. Observatorio de la Maternidad, Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud/UNICEF (1998). *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. WHO/NUT/98.1, Geneva.
- Organización Mundial de la Salud/UNICEF (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. OMS/UNICEF, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2012). “10 Datos sobre Lactancia Materna”. Disponible en <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/es/index.html>. Consultado el 20 de diciembre de 2012.
- Organización Mundial de la Salud (2012). “Fomento de una alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño”. Dis-

ponible en: <http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/es/index.html>. Consultado el 20 de diciembre de 2012.

- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. OPS/OMS, Washington DC.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Representación argentina (2008). “El Modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudios de buenas prácticas”, *Publicaciones N° 63*, OPS/OMS, Buenos Aires.
- Ortega, E. y Vecinday, L. (2009). “De las estrategias preventivas a la gestión del riesgo: notas sobre la individualización social”. *Revista Fronteras N°5 Segunda Epoca*, pp-11- 20.
- Pantelides, E.; Mychaszula, S. M.; Gaudio, M. (2005). *Salud sexual y reproductiva adolescente en el comienzo del siglo XXI en América Latina y el Caribe FNUAP*. CENEP, Buenos Aires.
- Petracci, M. y Ramos, S. (2006). *Política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos*. UNFPA/CEDES, Buenos Aires.
- Piacente, T. (2004). “El desarrollo psicológico infantil. Sus factores determinantes”. En: *Nutrición, Desarrollo y Alfabetización*. UNICEF, Buenos Aires.
- Piacente, T. (2008). *Evaluación de Impacto Plan Más Vida*. CIC, Buenos Aires.
- Piacente, T.; Talou, C.; Rodrigo, M. A. (1990) *Piden pan...y algo más. Un estudio sobre crecimiento y desarrollo*. Siglo XXI, Buenos Aires.

- Power,T.; Radcliffe J. (2000).“Assessing the cognitive ability of infants and toddlers through play the symbolic play test”. En: *Glitin-Weiner, Sandgrund & Schaefer (2000) Play Diagnosis and Assessment 2da ed. John Wiley & Sons Inc, New York.*
- Rampersaud, G. et al. (2005).“Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescent”. *JAm Diet Assoc*; 105:743-760.
- Rodrigo,A. et al. (2008).“Componente Crianza”. *Evaluación de Impacto Plan MásVida*. Comisión de Investigaciones Científicas de la Pcia. de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Rogoff, B. (1993). *Aprendices del pensamiento. El desarrollo cognitivo en el contexto social*. Paidós, Barcelona.
- Sánchez, J. A. y Majem, L. S. (2000).“Importancia del desayuno en el rendimiento intelectual y en el estado nutricional de los escolares”. *Rev Esp Nutr Comunitaria*; 6(2):53-95.
- Schaefer, E.D. (1965).“Children’s reports of parental behavior:An inventory”. *Child Development*, 36, 413-424.
- Schluderman, E. y Schluderman, S. (1970).“Replicability of factors in children’s reports of parent behavior (CRPBI)”. *Journal of Psychology*, 76, 239-249.
- Schwarcz, R. (1999) “Maternidad segura en Argentina”. En: *Hoy y mañana Salud y calidad de vida de la niñez Argentina*; O’Donnell y Carmuega (comp.), CESNI. Buenos Aires.
- Schwarcz, R. et al. (2001).“El cuidado prenatal”. *Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal*. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.

- Schuster, G. y García Jurado, M. (2006). “Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en maternidad de salud sexual y reproductiva”. En: *Petracci y Ramos (comp.) La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. CEDES/ UNFPA, Buenos Aires.
- Rodrigo, M.A., Ortale, S., Sanjurjo, A., Vojkovic M. C., Sanjurjo A. y Piovani J. I. (2006). Creencias y prácticas de crianza en familias pobres del conurbano bonaerense. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 104(3):203-209 / 203.
- SIEMPro (2000). “La situación de la infancia: análisis de los últimos diez años.” *Serie de Informes de Situación Social N°3*; Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación, Buenos Aires.
- Small, M. (1999). *Nuestros hijos y nosotros*. Ed. Vergara, Barcelona
- Snow, C. E. (1983). “Literacy and Language: Relationships during the Preschool Years”. *Harvard Educational Review*, vol 53, N° 2.
- Snow, C.E., Burns, M. & Griffin, P. (Eds.) (1998). *Preventing reading difficulties in young children*. National Academy Press, Washington DC.
- Sociedad Argentina de Pediatría (2001). *Guía de Alimentación para niños sanos de 0 a 2 años*. Comité de Nutrición, Buenos Aires.

- Sociedad Argentina de Pediatría (2001). *Manual de Prevención de Accidentes*. Subcomisión de Prevención de Accidentes, Buenos Aires.
- UNESCO (1996). *Desarrollo infantil y educación*. UNESCO, México.
- UNICEF - Fundación Huésped (2012). *Conocimientos, actitudes y prácticas en VIH y salud sexual y reproductiva y uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) entre adolescentes de Argentina*. UNICEF, Buenos Aires
- UNICEF (1990) “Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries”. *Policy Review*, New York.
- UNICEF (1998). *La iniciativa sobre la atención*. Sección Nutrición. UNICEF, Nueva York.
- UNICEF (1998). *Estado Mundial de la Infancia. Tema Nutrición*. UNICEF, Nueva York.
- UNICEF (2001). *Estado Mundial de la infancia 2002*. UNICEF, Nueva York.
- UNICEF (2002). *La alimentación del niño en edad escolar*. Módulo 2. UNICEF, Buenos Aires.
- UNICEF/INDEC (2003). *Situación de los niños y adolescentes en la Argentina 1990/2001*. Serie Análisis Social 2. Buenos Aires.
- UNICEF/INDEC (2000). *Situación de las mujeres en la Argentina*. Serie Análisis Social 1. Buenos Aires.

- UNICEF- Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF): conceptualización e implementación del modelo*. Buenos Aires.
- UNICEF-Sociedad Argentina de Pediatría (2009). *Salud materno-infanto-juvenil en cifras*. Buenos Aires.
- UNICEF/WHO/UNESCO/UNFPA (1993). *Facts for Life*. A Communication Challenge, P&LA ed; UK.
- Scrimshaw, S. y Hurtado E. (1988). *Procedimientos de Asesoría Rápida*. UNU-UNICEF-UCLA ,Tokio.
- Vigotsky, L. S. (1962). *Thought and language* . MIT Press, Cambridge.
- Vigotsky, L. S. (1979). *Mind in Society*. Harvard University Press, Cambridge.
- Whitehurst, G. J. (1992) *Stony Brook Family Reading Survey*. Stony Brook, NY.
- Whitehurst, G. J. y Lonigan, C. J. (2003). *Get Ready to Read. An Early Literacy Manual: Screening Tool, Activities, & Resources*. National Center for Disabilities, New York.
- WHO/UNICEF (1998) *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. World Health Organization, WHO/NUT/98.1, Geneva.
- WHO (2000) “Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis”. *Lancet* (355): 451-5.